ROK IX. WARSZAWA, 1935 LIPIEC ZESZYT VII.

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA.

REVUE MENSUELLE CONSACRÉ À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego.

PRACE ORYGINALNE

Z życia wroga Rosji

(Urywek ze wspomnień rosyjskiego lekarza).

Majestatyczna postać Marszałka Piłsudskiego doczekała się już obecnie licznych monografji, wnikających szczegółowo w życie i działalność Pierwszego Marszałka Polski i to nawet w piśmiennictwie obcem, które ze zrozumiałych powodów jest najmniej dostępne dla ogółu czytelników. Ostatnio natrafiłem w fachowem piśmiennictwie na wiele ciekawych szczegółów, dotyczących mocno indywidualnej postaci Wodza Legjonów. Mianowicie, w świetle pamiętników rosyjskiego lekarza psychjatry D-ra G. Rejtza, opierających się na jego bezpośrednich spostrzeżeniach — przedstawia się niezwykle interesująco epizod ucieczki Marszałka Piłsudskiego w r. 1902 ze Szpitala umysłowo - chorych Św. Mikołaja Cudotwórcy w Petersburgu. Rosyjski ten autor obrazowo i zupełnie bezstronnie kreśli szczegółowo tło tej ucieczki, uwydatniając nadto wybitną działalność polskich lekarzy w byłem imperjum Rosji, gdzie niejednokrotnie piastowali oni wysokie i bardzo odpowiedzialne stanowiska. Nauka rosyjska potrafiła nieraz dać wyraz swojej wdzięczności wybitnym zasługom polskich uczonych, a pomnik jaki tamtejsi psychjatrzy wznieśli w Petersburgu naszym znakomitym rodakom Balińskiemu i Mierzejewskiemu z napisem: „Ojcom rosyjskiej psychjatrji", dowodzi, że w imię wiedzy zatracała się często rasowa i dziejowa niechęć wzajemna.

Od młodzieńczych lat w poczuciu brutalnych krzywd, wyrządzanych naszemu Narodowi, jakich Marszałek Piłsudski sam na sobie doświadczył — tliło w nim pragnienie, by kiedyś dopomógł Mu los zetrzeć się z przemożnym kolosem Rosji, gdyż wierzył On zawsze, że wkońcu tylko prawda zwyciężyć musi. Jeśli więc wspomniany autor, poświęcając w swych osobistych wspomnieniach odnośny rozdział z pobytu Marszałka Piłsudskiego — tytułuje „Z życia wroga Rosji", to tytuł ów stanowi chyba jawny wyraz uznania dla wytrwałości Wodza Legjonów, który wreszcie zwycięskie nasze sztandary zatknął na dzisiejszych wschodnich rubieżach Rzplitej i ostrzem żołnierskich bagnetów wytyczył granice niepodległego naszego Państwa.

Potężna Rosja miała chyba doskonałą

sposobność unieszkodliwienia owego „wroga“ w roku 1901-ym [1]), kiedy to przyszły wódz legjonów, jako ciężki przestępca polityczny, znalazł się w Szpitalu Św. Mikołaja Cudotwórcy pod silną i czujną strażą, mającą specjalne zlecenia najbaczniejszego strzeżenia osoby niebezpiecznego „buntowszczyka“. Z wszelkiemi ostrożnościami przewieziono tegoż więźnia z Cytadeli Warszawskiej, a to celem zbadania Jego stanu umysłowego, albowiem władze rosyjskie obawiały się, że z Syreniego grodu, położonego w sercu Polski, groźny ten spiskowiec może łatwo uciec. Potężne zaś mury Szpitala Św. Mikołaja Cudotwórcy w Petersburgu stanowiły rękojmię, że wymiar sprawiedliwości dotknie w sposób zasłużony człowieka, który ważył się być nieprawomyślnym.

Ponury, olbrzymi gmach czteropiętrowy Szpitala Św. Mikołaja Cudotwórcy, wyglądający w zupełności jak więzienie — wznosi się u zbiegu ulic nadbrzeżnych t. zw. Mojki i Priażki. Okolony jest wysokim murem i niewielkim gęstym sadem. Okna dwóch pierwszych pięter zaopatrzone są w ciężkie kraty. Gmach ten zbudowany został około 1830 roku na rozkaz cara Mikołaja Pawłowicza, jako zakład poprawczy dla osób niemoralnie prowadzących się, dokąd oddawano ich bez sądu. Najstarsi ludzie pamiętają, że owych przestępców obyczajowych, nahajka i knut świszczący przywracał na małym dziedzińcu na drogę cnoty, a kiedy poprawa zdawała się nie ulegać wątpliwości, wówczas wypuszczano ich na wolność. W roku 1863-im w zakładzie tym otrzymała tymczasowy przytułek, aż do czasu wysłania na Sybir, delegacja organizacji ziemskiej z miasta Tweru za to, że ośmieliła się przedłożyć Aleksandrowi II lojalną prośbę, dowodzącą konieczności wprowadzenia konstytucji w monarchji rosyjskiej. W dalszych latach gmach ten stopniowo przebudowywano i wreszcie w osiemdziesiątych latach ubiegłego stulecia oddano zarządowi stolicy nadnewskiej jako szpital dla umysłowo chorych, w którym znajdowało pomieszczenie 1500 chorych, oraz 1000 ludzi służby wraz z rodzinami.

W roku 1902-im poczęto do szpitala tego oddawać przedewszystkiem przestępców zwyczajnych, zbrodniarzy oraz przestępców politycznych, a to celem stwierdzenia ich poczytalności. W czasie tym w charakterze lekarzy znawców sądowych wydawali takie orzeczenia dwaj Polacy, a to naczelny lekarz tegoż szpitala Dr. O. Czeczott, oraz Dr. Tomaszewski, którzy cieszyli się wielkiem zaufaniem sędziów, oraz senatów orzekających. Bez ich współudziału nie obszedł się żaden większy proces sądowy w Petersburgu.

W czasie tym od lat 20-stu pełnił obowiązki naczelnego lekarza Szpitala Św. Mikołaja Cudotwórcy Dr. Otto Czeczott, wybitny nasz rodak, postać znana nauce lekarskiej. Znakomity ten uczony, piastując zarazem godność profesora chorób nerwowych dowiódł, że człowiek nauki potrafi być również doskonałym organizatorem, oraz administratorem. Zawsze ruchliwy, pogodny, uprzejmy i uśmiechnięty cieszył się powszechną sympatją, a podwładni lekarze dali mu przydomek Ottona Mądrego. Mimo kolosalnego autorytetu, jakiego Dr. Czeczott zażywał w prasie, w nauce, w sądzie i społeczeństwie, przełożona władza t. j. komisja szpitalna i magistrat traktowały prośby Czeczotta o niezbędne kredyty po macoszemu, a powodem tego był wzrastający coraz silniej prąd rusyfikacji, zmierzający do znacjonalizowania i skupienia odpowiedzialnych stanowisk w ręku Rosjan. W ten sposób władza ta sztucznie dopuszczała do nadmiernego przepełnienia tego szpitala, byle stawiać wciąż nowe trudności Czeczottowi, z któremi jednak dawał on sobie doskonale radę. Tymczasem Szpital Św. Mikołaja Cudotwórcy nie miał zupełnie tego nacjonalistycznego charakteru, ponieważ prócz Czeczotta, pracowało tam 5-ciu lekarzy Polaków, a służba pomocnicza w przeważającej części składała się również z Polaków. Nadto zatrudniał szpital ten 6-ciu lekarzy Rosjan, 3 Żydów, 1 Niemca, a oprócz tego za staraniem Czeczotta po raz pierwszy dostały się do służby państwowej trzy kobiety lekarki.

W pierwszej połowie kwietnia 1901-go roku został przyjęty przez Czeczotta do tego szpitala Dr. Wł. Mazurkiewicz, jako lekarz nadetatowy, gorąco polecany przez gen. Klejgelsa, gradonaczelnika (komendanta miasta) Petersburga. Był on średniego wzrostu, posiadał gęstą bródkę i bujną falistą czupryne, oraz roztropne, wyraziste, piwne oczy. Skromny, cichy i milczący nowoprzyjęty ten lekarz pracował pilnie w powierzonym mu oddziale, wiele czytał i studjował, nie biorąc żad-

[1]) XII-1900 — V-1901.

nego udziału w życiu lekarzy szpitalnych. Zamknięty w sobie, unikał wszelkich dyskusji, a kiedy interpelowano go bezpośrednio w rozmaitych sprawach, zbywał natrętów napoły ironicznym, napoły niewinnym uśmiechem. Stale chodził z wypełnioną książkami teką, która niemal z dnia na dzień stawała się coraz grubsza. Wkrótce też koledzy przestali się interesować takim oryginałem i podrwiwali z niego.

W grudniu 1900-go r. z zachowaniem niezwykłych ostrożności został przywieziony tam z Tworek niebezpieczny przywódca Polskiej Partji Socjalistycznej, późniejszy Naczelny Wódz zwycięskiej Armji Polskiej — Józef Piłsudski. (Pamiętnikarz rosyjski mylnie wymienia Tworki, gdyż właściwie więzień został wywieziony z Warszawy). Powód jego uwięzienia pozostał dla lekarzy tajemnicą, a mieli oni jeno specjalne wskazówki, co do sposobu zabezpieczenia nowego więźnia dla wymiaru sprawiedliwości. Na skutek poprzedniego widocznie długotrwałego uwięzienia ważny ów aresztant począł zdradzać objawy psychozy więziennej (?) — melancholji, połączonej z zupełną apatją[2]). W szpitalu Św. Mikołaja Cudotwórcy umieszczono Go w odosobnionej i izolowanej celi pod tak ścisłym dozorem, że nawet nie dopuszczano doń lekarzy z innych oddziałów bez specjalnego zezwolenia naczelnego lekarza.

Tajemniczy więzień o dużej ciemnej brodzie i wąsach był nadzwyczaj ponurego i posępnego usposobienia, a leżąc cały czas na łóżku, nie zdradzał żadnego zainteresowania dla otaczającego Go świata. Zdaniem tego rosyjskiego psychjatry właśnie melancholja należy do tych wyjątkowych chorób psychicznych, której objawy można z powodzeniem naśladować tak dalece, że nawet bardzo wytrawni psychjatrzy znawcy jeno z trudem mogą dociec istotnej prawdy.

Upłynęło parę tygodni. Dr. W. Mazurkiewicz został tymczasem zatwierdzony na nadetatowem stanowisku ordynatora szpitala i od tego czasu prócz pracy w samodzielnym oddziele, w zakres jego czynności służbowych wchodziło również sprawowanie nocnych dyżurów. Lekarz dyżurny w Szpitalu Św. Mikołaja posiadał w nieobecności dyrektora pełnię jego uprawnień i był naturalnym jego zastępcą.

[2]) W Petersburgu J. Piłsudski zaprzestał symulowania choroby psychicznej.

Po długiej rosyjskiej zimie, pierwsze podmuchy wiosny dotarły wreszcie brzegów Newy. Pewnego kwietniowego dnia, pisze bolszewicki pamiętnikarz — układałem podział lekarskich dyżurów na miesiąc maj i wyznaczyłem Dr-owi Mazurkiewiczowi dyżur na dzień 29 maja. To też byłem bardzo zdziwiony, gdy w jakiś czas później nieoczekiwanie podszedł do mnie Dr. W. Mazurkiewicz, który z ogromnem ożywieniem począł mnie przekonywać i prosić, abym dyżur jego przełożył z dnia 29 maja na 2 maja st. st., dowodząc, że właśnie przygotowuje naukową rozprawę, którą musi przedłożyć pod koniec maja senatowi akademji lekarskiej. Owe nadzwyczajne afektowanie się D-ra Mazurkiewicza kontrastowało ze zwykłym jego spokojem, obojętnością i małomównością. Oczywiście dla braku zasadniczej przyczyny lekarz, układający dyżury nie odmówił tej prośbie, choć wiedział, że Dr. W. Mazurkiewicz jeszcze dotychczas nie zapoznał się dokładniej z pracą na oddziele chorych niespokojnych.

O zmierzchu dnia 1-go maja dr. W. Mazurkiewicz zgłosił się istotnie do objęcia służby i to nie już ze swą zwykłą teczką wypchaną książkami, lecz z całą walizą. Koledzy wiedząc, że jedynie książki są nieodstępnemi towarzyszami Mazurkiewicza, pokpiwali z ruchomej jego bibljoteki, jaką on przyniósł ze sobą w walizce. W pokoju służbowym podejmował on kolegów herbatką, częstując papierosami, a na zagadnienia namiętnych dyskusji odpowiadał pobłażliwym uśmiechem filozoficznym.

Po odejściu lekarzy ze szpitala świeżo upieczony lekarz dyżurny przeprowadził obowiązkową wizytację wszystkich oddziałów, zaglądając również do każdej izolowanej celki, przeznaczonej dla niespokojnych chorych. Na chwilę zatrzymał się przed celą tajemniczego więźnie, cierpiącego na melancholję, a zwracając się do towarzyszącego mu służbowego pielęgniarza odezwał się:

...„Jest to niezwykle ciekawy przypadek; po skończonej wizytacji proszę mi przyprowadzić Piłsudskiego do mojego gabinetu.“

Kiedy polecenie to zostało wykonane, Dr. Mazurkiewicz nakazawszy dozorcy zatrzymać się w sąsiednim pokoju, gdzie znajdowała się bibljoteka, zamknął się z badanym w swoim gabinecie.

Upłynęła jedna godzina, następnie dru-

ga i trzecia. Wreszcie służący począł się niepokoić i odważył się zapukać do drzwi D-ra Mazurkiewicza. A kiedy z wnętrza nikt mu nie odpowiedział, wówczas przywoławszy na pomoc służbowego dozorcę wspólnym wysiłkiem wyłamali drzwi lekarskiego pokoju.

Oczom ich przedstawił się niezwykły widok: na podłodze walały się części szpitalnego ubioru tajemniczego więźnia, oraz płaszcz lekarski D-ra Mazurkiewicza; na krześle leżała otwarta pusta walizka, a pokój cały zaśmiecony był mnóstwem zgolonych włosów, natomiast lekarz dyżurny oraz jego pacjent zniknęli bez śladu.

Łatwo wyobrazić sobie — pisze w dalszym ciągu ten autor, jak straszliwy rozgardjasz zapanował wśród lekarzy i służby szpitalnej, kiedy zaalarmowano nas wiadomością o wspólnej ucieczce niebezpiecznego więźnia z lekarzem dyżurnym. Naczelny lekarz dr. O. Czeczott, gdy go obudzono, był tem wprost zaskoczony i nie mógł wyjść z osłupienia. Odniósł się on niezwłocznie do władz policyjnych i żandarmerji [3]), a ja osobiście również byłem przesłuchiwany przez słynnego jenerała żandarmerji Gierasimowa. Nie należy się dziwić ogólnemu poruszeniu nawet wśród władz prowadzących śledztwo, kiedy to w stolicy Rosji, stanowiska naczelnego lekarza, zastępcy obu lekarzy - ordynatorów oddziałów aresztanckich, lekarza dyżurnego oraz mnóstwa średnich i niższych funkcjonarjuszów zajmowali sami Polacy i właśnie z tego szpitala uciekł przy współudziale lekarza służbowego, jeden z najniebezpieczniejszych przestępców politycznych, wódz polskich socjalistów.

W toku dochodzeń wyszło na jaw, że kiedy krytycznego wieczora ściemniało się już na dobre, wówczas boczną, jakby umyślnie otwartą furtką, opuścili szpital dwaj młodzi ludzie, ubrani po cywilnemu, którzy następnie wsiedli do oczekującego, gdzieś w pobliżu automobilu (nie istniały wówczas — przyp. tłum). Fakt ten jednakowoż uszedł uwagi dozorców. Autem tem mieli dotrzeć zbiegowie do Finlandji, gdzie w jakiejś odosobnionej przystani wsiedli na prywatny jacht, którego właściciel był widocznie z nimi w porozumieniu, poczem statek ów natychmiast odbił od brzegu. (Szczegóły powyższe odbiegają nieco od rzeczywistości, albowiem wedle źródeł polskich istotnie istniał plan ucieczki do Finlandji, poza granice Rosji, z rozmaitych przyczyn jednakże zamiary te zostały pokrzyżowane, a Marszałek Piłsudski dłuższy czas przebywał na Polesiu).

Po znamiennej tej ucieczce w Petersburgu powstało ogólne zaniepokojenie. Posypały się surowe rozporządzenia do władz policyjnych, wzywające do zdwojonej czujności, a prąd rusyfikatorski tembardziej wzrastał w siłę, stosując bezwzględne środki walki. I oto pierwszy jej grot ugodził naczelnego lekarza Szpitala Św. Mikołaja Cudotwórcy. Dr. O. Czeczott mianowicie cieszył się zbyt wielkiem poważaniem i zaufaniem u miarodajnych czynników, by jakikolwiek cień podejrzenia mógł paść na niego, jako, że w danej sprawie niewinność jego nie ulegała najmniejszej wątpliwości. Hydra nacjonalizmu atoli, czyniąc go moralnie odpowiedzialnym za wszystko, co dotyczyło powierzonego mu szpitala, poradziła sobie w inny sposób z naszym znakomitym uczonym. Oto kiedy letnią porą Dr. O. Czeczott zamierzał udać się jak zwykle na paromiesięczny pobyt na Kaukaz, gdzie w słynnych tamtejszych zdrojowiskach cieszył się ogromnem wzięciem jako lekarz-praktyk, wówczas zwierzchnia władza odmówiła mu urlopu w nadziei, że urażony Dr. Czeczott zrezygnuje dobrowolnie ze swego dotychczasowego stanowiska. Tak też stało się. Po takim afroncie dyrektor szpitala Św. Mikołaja Cudotwórcy podał się bezzwłocznie do dymisji, która z równą skwapliwością została przyjęta.

Z odejściem D-ra Czeczotta upadła ostatnia placówka polskiego kierunku psychjatrji rosyjskiej, zapoczątkowanej przez słynnych rodaków naszych Balińskiego i Mierzejewskiego. Odtąd naukowe i społeczne znaczenie Szpitala Św. Mikołaja Cudotwórcy poczęło stopniowo upadać, a w miejsce dotychczasowej sprężystej i pełnej inicjatywy, oraz pomysłowości organizacji, począł się wkradać coraz większy bezład, doprowadzający do ciężkich przesileń w samem życiu wewnętrznem szpitala. Dość jedno nadmienić, że wśród chorych wybuchały krwawe rozruchy, podczas których prócz liczniejszej służby stracili życie dwaj lekarze, nadto nie dające się stłumić stale panoszące się nagminne choroby pochłaniały liczne ofiary, wśród których było również dwóch lekarzy. O niezwykłych i nieznośnych warunkach pracy w zakładzie

[3]) Tu mija się rosyjski pamiętnikarz bezwzględnie z prawdą.

Św. Mikołaja Cudotwórcy świadczy fakt, że czterech lekarzy skończyło śmiercią samobójczą, a jeden zginął na zakażenie krwi po dokonanej sekcji. Podczas wojny polsko-bolszewickiej usunięto z tego szpitala połowę umysłowo chorych, w miejsce których przywożono czerwonogwardzistów chorych na dur plamisty i powrotny.

Wracając do osoby Marszałka Piłsudskiego pamiętnikarz rosyjski nadmienia, że szczegóły, dotyczące biografji Wodza Legjonów, czerpał z „Mercure de France" Nr. 542, str. 544 - 547. Są one jednakowoż powszechnie znane, to też pomijam je.

Ustęp swój „Z życia wroga Rosji", kończy autor wspomnieniem z wojny w roku 1914-ym. Gdy wojska rosyjskie zbliżały się do Krakowa, z licznych ogłoszeń w dziennikach polskich dowiedział się ów pamiętnikarz, pełniący podówczas obowiązki młodszego lekarza artyleryjskiej brygady, że dr. W. Mazurkiewicz, profesor Wszechnicy Lwowskiej, praktykuje latem w Zakopanem. O uszy jego natomiast wciąż obijało się nazwisko Twórcy Legjonów, a kiedy raz, zdaje się w Bochni, nabył więcej pocztówek na jednej z nich rozpoznał tajemniczego więźnia i zbiega ze Szpitala Św. Mikołaja Cudotwórcy — Józefa Piłsudskiego, wiodącego obecnie w krwawy bój srebrne Orły Legjonów — późniejszego Naczelnika Państwa i zwycięskiego Wodza z ostatniej wojny polsko-rosyjskiej.

Z Oddziału Położniczo - Ginekologicznego szpitala Ubezpieczalni Społecznej (Kier. prof. dr. T. Wiczyński).

W sprawie wartości rozpoznawczej nakłucia zatoki Douglasa dla rozpoznania ciąży pozamacicznej

podał

T. ZAWODZIŃSKI.

Wartość każdego zabiegu rozpoznawczego zależy od odsetka zgodnych z rzeczywistością wyników, pod warunkiem, że zabieg ten jest nieszkodiwy, przynajmniej w praktycznym tego słowa znaczeniu.

Jeśli chodzi o nakłucie próbne tylnego sklepienia, to używane jest ono najczęściej w celu rozpoznania ciąży pozamacicznej, względnie w przypadkach wysięków ropnych w miednicy małej, jako zabieg wstępny do nacięcia tylnego sklepienia i opróżnienia ropnia.

W notatce niniejszej omówić chcielibyśmy wartość rozpoznawczą nakłucia zatoki Douglasa przedewszystkiem w diagnostyce ciąży pozamacicznej.

Piśmiennictwo ocenia wartość omawianego zabiegu przychylnie.

W ciągu ostatnich paru lat w piśmiennictwie obcem chwali je *Sztehlo* na zasadzie 441 przypadków; zaleca *Penkert*, powołując się przytem na zdanie *Zondek'a* i *Knorr'a*, chwali *Oike* z Japonji i *Barjaktarević* z Belgradu; podobnie jak *Wołowa* z Rosji, choć podaje przypadek rozbieżnego wyniku punkcji i następowego zabiegu operacyjnego.

W piśmiennictwie polskiem z czasów powojennych omawiał wartość nakłucia *Zubrzycki*, wspominał o niem *Bajoński* — obydwaj ocenili ten zabieg rozpoznawczy przychylnie.

Ten zgodny chór głosów z piśmiennictwa, z którego przytoczyliśmy zaledwie kilka, gdyż omówienie całej literatury omawianego zagadnienia zabrałoby nam zbyt dużo miejsca — wystarczyłoby w zupełności na dodatnią ocenę nakłucie zatoki Duglasa, jako zabiegu rozpoznawczego w ciąży pozamacicznej.

Istotnie przesłanki teoretyczne przemawiają podobnie, jak doświadczenia kliniczne, za szerokiem stosowaniem tego zabiegu: słuszność anatomicznego założenia, łatwość techniczego wykonania i co najważniejsze: nieszkodliwość — wszystko to przemawia za jaknajszerszem jego stosowaniem.

Ale właśnie wobec tak przychylnej oceny zabiegu w piśmiennictwie wydaje się słuszne, dla zdrowego sądu o nim, podawać do wiadomości ogółu przypadki, w których nakłucie zatoki Douglasa dało wynik niezgodny z istotnym stanem rzeczy. Pod tym kątem widzenia podjęty został niniejszy przegląd materjału oddziału Położniczo-Ginekologicznego szpitala Ubezpieczalni Społecznej za okres od połowy września 1934 r. do połowy maja 1935.

W okresie sprawozdawczym w ciągu 9 miesięcy dokonaliśmy 62 nakłucia zatoki Douglasa, z tego w 50 przypadkach w związku z podejrzeniem na ciążę pozamaciczną, w 12 zaś przypadkach z powodu wysięków zapalnych w zakresie miednicy małej.

Ośrodkiem naszego zainteresowania są przypadki, w których nakłucie miało być środkiem pomocniczym w rozpoznaniu ciąży pozamacicznej.

Materjał nasz rozkłada się na następujące grupy:

w 17 przypadkach nakłucie zatoki Douglasa, wykazując krew ciemną, niekrzepnącą potwierdziło i tak pewne rozpoznanie ciąży pozamacicznej, postawione uprzednio na zasadzie danych klinicznych;

w 9 przypadkach było ono ze swym wynikiem dodatnim nieodzownym składnikiem rozpoznania, gdyż na zasadzie badania klinicznego nie mieliśmy bynajmniej pewności: podejrzewaliśmy coprawda istnienie ciąży pozamacicznej, ale obok tego nasuwały się też przypuszczenia co do innych schorzeń;

w następnych 9 przypadkach nakłucie odsunęło podejrzenie ciąży pozamacicznej, gdyż wypadło ujemnie, zresztą zgodnie z istotnym stanem rzeczy, jak wykazała dalsza obserwacja;

w 1 przypadku nakłucie dało ropę, a w

6 następnych — płyn surowiczy, o charakterze płynu zapalnego, w 1 — wynik był wątpliwy — wydobyto parę kropli krwi.

W wymienionych zatem grupach, liczących łącznie 43 przypadki, nakłucie dało wynik dobry pod względem rozpoznawczym, zgodny z rzeczywistością; nie wymagają one zatem z tego punktu widzenia bliższego omówienia, podobnie jak 12 przypadków, w których podejrzewaliśmy sprawy zapalne i uzyskaliśmy 9 razy ropę i 3 razy płyn surowiczo-zapalny.

Natomiast 7 pozostałych przypadków z grupy podejrzanych na ciążę pozamaciczną wymaga dokładniejszego omówienia; w przypadkach tych bowiem nakłucie dało wynik n i e z g o d n y z rzeczywistym stanem rzeczy.

Zwróćmy się przedewszystkiem do przypadków (6), gdzie punkcja zatoki Douglasa wypadła ujemnie, a jednak mieliśmy do czynienia z ciążą pozamaciczną.

Przypadek I. p. D—D. L. 830/35. Wywiady przemawiają za ciążą pozamaciczną. Nakłucie tylnego sklepienia — wynik ujemny. Odczyn ciążowy Friedman — Ad. Brouha wybitnie dodatni. Laparotomja wykazała dość dużo krwi w jamie brzusznej, poronienie trąbkowe prawe. Nieznaczne zrosty w zatoce Douglasa.

Przypadek II. p. S. W. L. 1719/34. Wywiady typowe dla ciąży pozamacicznej (spóźnienie perjodu, krwawienie, bóle napadowe, omdlenie). Opadanie krwinek wg. Biernackiego 25 mm. Badanie zestawione wykazuje rozdęty lewy jajowód. Punkcja tylnego sklepienia wypadła ujemnie. Pomimo to jednak z rozpoznaniem ciąży pozamacicznej otwarto jamę brzuszną, stwierdzając mierną ilość starej krwi płynnej i drobnych skrzepów, oraz pęknięcie jajowodu ciężarnego lewego. Zrostów w zatoce Douglasa nie stwierdzono.

Przypadek III. p. Gr. H. L. 1767/34. Wywiady podejrzane co do ciąży pozamacicznej: badanie zestawione dało wynik wątpliwy; nakłucie tylnego sklepienia — ujemny. Wobec tego po kilkudniowej obserwacji wypisano chorą na własne żądanie. Po kilkunastu dniach jednak chora powróciła na oddział, i dalsza obserwacja potwierdziła raczej rozpoznanie ciąży pozamacicznej.

Postanowiono zatem operację, w czasie której stwierdzono stary krwistek pozamaciczny wśród mocnych zrostów z otaczającemi kiszkami.

Przypadek IV. p. B. L. L. 1609/34. Wywiady charakterystyczne dla ciąży pozamacicznej. Stan ogólny i badanie zestawione przemawiały również za tym rozpoznaniem. Wobec tego pomimo ujemnego wyniku nakłucia tylnego sklepienia przystąpiono natychmiast do otwarcia jamy brzusznej, przyczem stwierdzono dużą ilość krwi płynnej i skrzepłej, oraz p ę k n i ę c i e na granicy rogu prawego i cieśni prawego jajowodu. Zrostów w zatoce Douglasa nie stwierdzono.

Przypadek V. p. M. A. L. 1816/34. Wywiady charakterystyczne dla ciąży pozamacicznej. Stan ogólny i badanie zestawione przemawiały również za tem rozpoznaniem. Nakłucie tylnego sklepienia dało wynik ujemny. Pomimo to jednak przystąpiono natychmiast do laparatomji, stwierdzając poronienie trąbkowe lewe, z niewielką ilością wylanej krwi w brzuchu. Z a t o k a D o u g l a s a z a r o ś n i ę t a l i c z n e m i p ł a s z c z y z n o w e m i z r o s t a m i.

Przypadek VI. p. K. R. L. 824/35, wymaga specjalnego omówienia, gdyż stanowi niejako przejście do następnej grupy błędnych wyników rozpoznawczych nakłucia tylnego sklepienia.

Wywiady przemawiały za ciążą pozamaciczną (uporczywe krwawienie po zatrzymaniu miesiączki, wzdęcie brzucha, parokrotne napady osłabienia, połączone z bólami po stronie lewej); nie odpowiadało jedynie temu stanowi wzniesienie ciepłoty do 38° C, potwierdzone obserwacją szpitalną, w czasie której ciepłota wzniosła się nawet do 38,8°, utrzymując się prawie stale na poziomie 38° C. Opadanie w/g *Biernackiego* przyśpieszone (15 mm.). Punkcja wykonana natychmiast po przyjściu do szpitala (chora zemdlała przy wstępnem badaniu) wypadła ujemnie. Pomimo tych wszystkich objawów, świadczących przeciwko rozpoznaniu ciąży pozamacicznej, postanowiono uciec się jeszcze do próby biologicznej; — wykonana według *Friedman-Brouha* na królicy dała ona wynik ujemny.

Wobec tego już z całkowitą pewnością przystąpiono do leczenia odpowiedniego dla sprawy zapalnej przydatków, i po miesięcznym pobycie w szpitalu chorą wypisano z poprawą. Ponieważ jednak myśl o możliwości ciąży pozamacicznej nurtowała w świadomości lekarzy szpitala (po-

mimo ujemnego wyniku nakłucia, próby ciążowej i obserwacji) polecono chorej zgłosić się do kontroli za 10 dni.

Chora przybyła istotnie po 10 dniach ze skargami na nieustępujące bóle brzucha i krwawienie, a badanie wykazało oprócz zgrubienia jajowodu lewego jeszcze jakby w okolicy jego bańki guzek miękki, kulisty, który pękł w czasie badania zestawionego. Natychmiast wykonano nakłucie tylnego sklepienia, przypuszczając, że pękła ciąża jajowodowa. Istotnie uzyskano około 5 cm.³ krwi, która j e d n a k w s t r z y k a w c e s k r z e p ł a. Pomimo to jednak otwarto natychmiast jamę brzuszną i stwierdzono ciekawy stan: jajowód lewy zawierał w swej bańce ciążę pozamaciczną, otoczoną ze wszystkich stron białawą obwódką włóknika; z trąbki tej krew nie wydzielała się; natomiast oba jajniki torbielowato zwyrodniałe, w prawym zaś widać pękniętą torbielkę krwawiącą o cienkich ścianach, prawdopodobnie torbielkę ciałka żółtego; w zatoce Douglasa około 50 cm.³ ciemnej krzepnącej krwi.

Tak więc w powyższym przypadku nakłucie tylnego sklepienia, dwukrotnie dając wynik za każdym razem różny, nie spełniło swej roli diagnostycznej. Najpierw, kiedy ciąża jajowoda była stosunkowo świeża — nakłucie dało wynik ujemny, potem, kiedyśmy już krew w strzykawce otrzymali — pochodziła ona nie z ciąży pozamacicznej, a z pękniętej torbielki ciałka żółtego.

Zdawałoby się zatem, że przypadek ten dyskwalifikuje w znacznej mierze nakłucie tylnego sklepienia, jako zabieg rozpoznawczy. Tak nie jest. Wynik obydwu punkcji da się znakomicie wytłomaczyć.

Mianowicie: pierwsze nakłucie nie wykazało krwi, gdyż jajo płodowe musiało wcześnie obumrzeć, nie zostało wydalone z jajowodu i pozostało w nim, wytwarzając missed abortion w jajowodzie. Barjera włóknika, przecinającego żywy związek jaja z organizmem matki, spowodowała ujemny wynik biologicznej próby ciążowej (podobne sytuacje wielokrotnie cytowano w piśmiennictwie).

Natomiast wynik drugiego nakłucia bynajmniej nie był typowy dla ciąży pozamacicznej: krew skrzepła w strzykawce, czego nigdy nie powinno się zdarzyć ze krwią wydobytą w ciąży pozamacicznej, i istotnie nie zdarzyło się w żadnej z naszych punkcji. Powinniśmy zatem ująć nasz wynik, jako charakterystyczny dla ciąży pozamacicznej. Jeśliśmy wykonali otwarcie jamy brzusznej, to raczej z obawy, aby krwawienie z pękniętej torbielki ciałka żółtego nie spowodowało poważnego krwotoku wewnętrznego.

Reasumując: w 6 przypadkach ciąży pozamacicznej nakłucie dało wynik ujemny. Z tego w przypadkach I, II, IV nie udało się znaleźć wyjaśnienia dla takiego wyniku nakłucia.

W przypadku III i V wyjaśnienie to mogłoby się znaleźć w zrostach zamykających zatokę Douglasa, w przypadku zaś VI — brak pęknięcia jajowodu, względnie poronienia trąbkowego.

W każdym razie na 15 przypadków z podejrzeniem na ciążę pozamaciczną, w których punkcja dała wynik ujemny, aż w 6 (względnie 5-u), wynik ten nie odpowiadał rzeczywistości. Z powyższego wynika, że ujemny wynik punkcji może być błędny aż w 33% przypadków.

Zwróćmy się z kolei do najciekawszej grupy przypadków, a mianowicie takich w których uzyskano krew n i e k r z e p n ą c ą w strzykawce punkcyjnej, a jednak nie było ciąży pozamacicznej.

Przypadek VII. p. B. K. L. 806/35, udała się 10.IV. o godz. 18 do lekarza na sztuczne przerwanie ciąży, prawdopodobnie 5-o tygodniowej. W nocy po owej skrobance wystąpiły silne bóle, mdłości, wzdęcie brzucha, parcie na kiszkę stolcową. Bóle te wzmogły się następnego dnia znacznie, pod wieczór wezwano lekarza Pogotowia Ubezpieczalni Społecznej, który z podejrzeniem na przebicie macicy przewiózł chorą do szpitala.

W chwili przyjęcia do szpitala stwierdzono: tętno 110, temp. 39,2, brzuch wzdęty lekko w podbrzuszu, bolesny, objaw *Blumberga* zaznaczony; stłumienie nie zmieniające się przy zmianie położenia chorej po stronie lewej w dole. Badaniem zestawionem wyczuwa się poza macicą połogową — po 2 mies. poronieniu, opór po stronie lewej, tkliwy, ciastowaty. Poruszanie macicy bardzo bolesne.

Nakłucie tylnego sklepienia dało w wyniku około 5 cm.³ k r w i, która w ciągu godzinnej obserwacji n i e s k r z e p ł a.

Wobec takiego stanu rzeczy podejrzewając ciążę pozamaciczną (obok przerwanej wewnątrzmacicznej), względnie przebicie

macicy, postanowiono dokonać laparotomji, przyjmując, że dobowy zaledwie termin od momentu ewentualnego uszkodzenia narządu rodnego, nie stanowił jeszcze bezwzględnego przeciwskazania do laparatomji, rozpoczętej, jako laparotomja próbna.

Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono nieznaczną ilość krwi w zatoce Douglasa, natomiast nie udało się znaleźć źródła krwawienia. Macica nieuszkodzona, jajniki duże, ale zupełnie niezmienione, jedynie jajowody zwracały uwagę swą długością, soczystością, przekrwieniem, obrzmieniem, charakteryzującym świeży stan zapalny. Rozpoznając salpingitis bil. acuta (co potwierdziło badanie drobnowidowe) i nie chcąc narażać chorej na długotrwałe leczenie, zwłaszcza że chora (matka dwojga dzieci) wyraziła przed operacją gorące życzenie uniemożliwienia jej dalszego zachodzenia w ciążę — wycięto jajowody i po wysetonowaniu zatoki Douglasa przez tylne sklepienie — jamę brzuszną zamknięto. Przebieg pooperacyjny gładki.

Skąd wzięła się krew n i e k r z e p n ą c a w zatoce Douglasa w przypadku salpingitis acuta post abortum — nie jest wyjaśnione.

Przyczyn uzyskania krwi w nakłuciu poza ciążą pozamaciczną i krwawieniem z jajnika może być dużo, ale wszystkie one występują rzadko.

Tagliaferro wysuwa jako najczęstsze— guz i tyłozgięcie ciężarnej macicy, ale w miarę wzrostu liczby obserwacji klinicznych — krew w zatoce Douglasa uzależnić można od najrozmajtszych przyczyn, jak np. przeżarccie się nowotworu z macicy przez tylną ścianę macicy do zatoki Douglasa i t. d.

Żadnego z tych stanów nie było.

Nasuwa się przypuszczenie, zresztą zupełnie nieudowodnione, że krew ta wypchnięta została przez skurcze macicy, zamkniętej chwilowo w czasie zabiegu od strony ujścia zewnętrznego.

W swoim czasie badaniem rentgenologicznym z *A. Elektorowiczem* udowodniliśmy istnienie skurczów wahadłowych rogów macicy, które wpychają naprzemian do rogów treść znajdującą się w macicy. Mechanizm ten podnosił *Czyżewicz* w objaśnieniu powstania salpingitis post abortum. Również *Czyżewicz* udowodnił, że krew miesiączkowa może przedostać się do cieśni jajowodu w normalnej miesiączce. Gdybyśmy zatem przyjęli, że w naszym przypadku skurcze macicy w czasie skrobanki były szczególnie energiczne, można by się zgodzić z tem, że krew z macicy została przepchana aż do jamy brzusznej poprzez całe jajowody.

Udowodnić jednak ex post tego przypuszczenia nie jesteśmy w stanie.

Drugie jeszcze przypuszczenie stało się możliwe od czasu zapoznania się z obrazem mikroskopowym wyciętych trąbek; stwierdzono mianowicie ciężki ostry stan zapalny śluzówki jajowodu, a w jego świetle dużo krwi z domieszką ropy. Mogła zatem krew w zatoce Douglasa pochodzić poprostu z zapalnie zmienionej, przekrwionej trąbki, jako jej wydzielina. Niemożna wreszcie odrzucić przypuszczenia, że w naszym przypadku miały miejsce obydwa mechanizmy wyżej wymienione.

Reasumując wartość dodatniego wyniku nakłucia tylnego sklepienia trzeba stwierdzić, że w naszym materjale na 27 takich przypadków zaledwie jeden okazał się błędny, co do swej wartości rozpoznawczej.

Powiedzieć zatem trzeba, że n a k ł u c i e t y l n e g o s k l e p i e n i a ma d u ż ą w a r t o ś ć r o z p o z n a w c z ą w c i ą ż y p o z a m a c i c z n e j, j e ś l i d a j e w y n i k d o d a t n i (krew), natomiast wynik ujemny nie wyłącza istnienia ciąży pozamacicznej.

Jeśli chodzi o ilość wydobytej nakłuciem krwi, która miała być miarodajną dla uznania wyniku nakłucia za dodatni, to w naszym materjale bywały to niekiedy bardzo małe ilości. Wystarczało 1—2 cm^3 krwi niekrzepnącej, zwłaszcza w przypadkach poronień trąbkowych i krwistków okołojajowodowych — aby rozpoznać — stwierdzoną śród operacji — ciążę pozamaciczną.

Pod tym względem nie możemy zgodzić się z autorami *(Zubrzycki)*, żądającymi około 10 $cm.^3$ krwi, aby uznać wynik nakłucia za dodatni. Zaledwie w kilku świeżych przypadkach ciąży pozamacicznej wypełniła nam się krwią przy nakłuciu cała strzykawka. W znacznej większości było w niej zaledwie kilka $cm.^3$ krwi. Natomiast na cechy tej krwi, a w pierwszym rzędzie niekrzepliwość zwracamy baczną uwagę.

Ujemny wynik nakłucia może być skutkiem techniki samego zabiegu.

Technika używana przez nas polegała

na: 1) przystrzyżeniu lub ogoleniu włosów w okolicy warg większych, 2) przetarciu pochwy spirytusem, 3) ustawieniu we wziernikach części pochwowej, 4) uchwyceniu kulociągiem tylnej wargi części pochwowej i ściągnięciu jej lekko ku wyjściu do pochwy i ku górze, tak, aby nastawić tylne sklepienie, 5) wkłucie długiej i dość grubej igły obsadzonej na szczelnej 10-20 cm. strzykawce; wkłucie następować powinno zawsze w linji środkowej, kierunek wkłucia przebiegać winien równolegle do tylnej powierzchni macicy, a więc koniec igły należy kierować ku górze, obniżając strzykawkę możliwie ku dołowi; kierowanie igły na boki dopuszczalne jest dopiero po przekroczeniu sklepienia na głębokości około 2—3 cm., 6) po głębokiem wkłuciu igły zaczynamy ją wycofywać, uprzednio wytworzywszy tłokiem w strzykawce próżnię; wycofywanie to powinno odbywać się powoli, gdyż płyn w zatoce Douglasa może znajdować się na rozmaitym poziomie.

Technika podana przez *Zubrzyckiego* różni się od naszej tem, że nie ściąga on zupełnie części pochwowej kulociągiem, dokonywując nakłucia in situ; sklepienie tylne naciąga jedynie wziernikiem łyżkowym przednim. Technika *Zubrzyckiego* ma na celu zapobieżenie naddarcia zrostów i otoczek, zwłaszcza w przypadkach roposteków lub ropniaka jajowodów; natomiast jest ona niewątpliwie trudniejsza, wymaga bardzo dobrej asysty i zupełnego unieruchomienia chorej, co daje się przeprowadzić w większości wypadków jedynie przez uśpienie ogólne; najmniejszy ruch bowiem chorej powoduje ześlizgnięcie się przedniego wziernika z tylnej wargi części pochwowej. Ponadto trzymanie części pochwowej kulociągiem ułatwia nadanie igle równoległego kierunku do tylnej ściany macicy.

Wbijanie igły w sklepienie boczne wydaje się nam jak najmniej godne polecenia. Lepiej chyba uzyskać ujemny wynik nakłucia, niż skaleczyć tętnicę maciczną, lub moczowód. Zwłaszcza, jeśli zabieg ten ma być szeroko stosowany, jak naprzykład w warunkach prowincjonalnej praktyki szpitalnej — zwłaszcza wówczas za wszelką cenę unikać należy w technice wszelkich momentów, któreby sprowadzić mogły niebezpieczeństwo powikłań. A zresztą do nakłucia nadają się tylko te zbiorowiska krwi lub ropy, które schodzą aż na dno zatoki Douglasa, wypuklając tylne sklepienie. Poszukiwanie igłą guzów wysoko na bokach umiejscowionych nietylko sprowadzić może powikłania, ale też nie przynosi zazwyczaj pożytku. To też z naciskiem chcielibyśmy podkreślić konieczność wkłuwania igły od tyłu w linji środkowej.

Zrozumiałą jest rzeczą, że stosując opisaną wyżej technikę częściej uzyskamy wynik ujemny, co widać z porównania naszych wyników z materjałem innych autorów. *Zubrzycki* na 138 przypadków ciąży pozamacicznej zaledwie w 2 nic nie wydobył. My zaś—na 32 przypadki stwierdzonej później ciąży pozamacicznej aż w 6 uzyskaliśmy wynik ujemny.

Jak się wreszcie przedstawia sprawa bezpieczeństwa omawianego przez nas zabiegu? Otóż teoretycznie niebezpieczeństw może być wiele: krwotok, uszkodzenie narządów sąsiadujących, pęknięciu otorbionych ropni, zakażenie od strony pochwy i tworzenie się przetok.

Krwotok przy zachowaniu prawidłowego kierunku igły jest prawie niemożliwy, chyba że trafi się w macicę ciężarną i to specjalnie skłonną do krwawienia.

Z narządów sąsiednich największą obawę wzbudza zawsze uszkodzenie jelita, widocznie jednak usuwa się ono z pod igły, gdyż uszkodzenie jelita z jego skutkami jest prawie nieznane.

Pęknięciu otorbionych ropni przeciwdziałać ma technika podana przez *Zubrzyckiego*. Jednak nawet i z zastosowaniem ściągania macicy nie widywaliśmy pęknięć otorbionych roposteków. Pamiętać należy, że nakłucie, które trafiło do roposteku opróżnia go choćby częściowo przez samą aspirację zawartości do strzykawki, a co zatem idzie, zmniejsza napięcie ścian. Staranny i ostrożny dobór przypadków zapobiegnie stosowaniu nakłucia tam, gdzie zbiorowisko ropy (ropniak jajowodu) znajduje się wysoko, prawdopodobieństwo aspiracji ropy jest małe, a pociąganie bardzo energiczne za część pochwową mogłoby naderwać zrosty otaczające ropniak. W każdym razie nadmienić wypada, że omawianego powikłania nie udało mi się wynaleźć w piśmiennictwie z ostatnich lat.

Zakażenie od strony pochwy, wchodzące w grę przedewszystkiem w przypadkach ciąży pozamacicznej, da się łatwo ominąć

przez natychmiastowy zabieg operacyjny, jak tylko nakłucie wykaże krew. Trudniej zazwyczaj zastosować tę zasadę tam, gdzie nakłucie wykaże płyn surowiczy. Zastosowanie jednak zasad aseptyki powinno ustrzec przed omawianym niebezpieczeństwem. Zresztą zazwyczaj nakłuwane zbiorowisko płynu jest dokładnie otoczone zrostami, które bronią przed ewentualnem rozszerzeniem się zakażenia.

O tworzeniu się przetok po nakłuciu tylnego sklepienia nie znalazłem wzmianki w piśmiennictwie. (Zdarzyć się to może oczywista po nacięciu tylnego sklepienia).

Tyle co do rozważań teoretycznych. Praktyka jednak wykazuje wprost, że ilość powikłań przy nakłuciu tylnego sklepienia jest tak znikoma, że właściwie zabieg ten musi być uznany za nieszkodliwy. Dość przytoczyć kilka statystyk z paru przytoczonych prac, donoszących o wielkiej ilości wykonanych nakłuć bez żadnych powikłań: *Zubrzycki* — 257, *Barjaktarević* — 600, *Sztehlo* — 441 — stanowi to 1300 przypadków bez powikłań.

Reasumując, stwierdzić musimy, że nakłucie tylnego sklepienia jako zabieg pomocniczy w diagnostyce ciąży pozamacicznej jest zabiegiem godnym polecenia, gdyż ma dużą wartość rozpoznawczą (większą przy dodatnim wyniku, niż przy ujemnym), a przytem jest nieszkodliwe pod warunkiem starannego doboru przypadków i odpowiedniej techniki.

Polecany przez niektórych, jako konkurencyjny, zabieg p r ó b n e g o nacięcia tylnego sklepienia zostaje ostatnio coraz bardziej zarzucany.

Pozostaje jeszcze do omówienia sprawa, czy należy dążyć do jaknajszerszego rozpowszechnienia tego zabiegu pomiędzy lekarzy praktyków, a zwłaszcza pracujących w warunkach prowincjonalnych.

Możnaby szerokiemu stosowaniu nakłucia tylnego sklepienia zarzucić, że przytępia ono precyzję rozpoznania lekarskiego, że z biegiem czasu i w miarę przyzwyczajenia się doń lekarza, rozpoznanie ciąży pozamacicznej bez punkcji staje się niemożliwe. To samo zresztą możnaby było powiedzieć o każdej metodzie pomocniczej rozpoznawczej; wszak lekarze ostatniej epoki niewątpliwie zatracili zdolność rozpoznania jedynie na zasadzie badania i obserwacji chorego organizmu. Częściową radę na wspomniane niedomaganie znaleźćby można w traktowaniu metod pomocniczo rozpoznawczych istotnie tylko za pomocnicze — to znaczy, że rozpoznanie stawia się n a zasadzie badania chorej — wynik zaś badania pomocniczego jest tylko potwierdzeniem uprzedniej djagnozy klinicznej. Jest to tylko wyjście częściowe, albowiem w miarę wzrostu zaufania do danej metody pomocniczo - rozpoznawczej, jej wynik zdobywa wartość decydującą i powoli lekarz mniej zwraca uwagi na wynik badania, opierając się jedynie na wyniku badania pomocniczego.

Czy jednak zarzut ten natury podagogicznej może zrównoważyć korzyści jakie płyną z uzyskania p e w n e g o rozpoznania i to uzyskania go s z y b k o. Niewątpliwie odsetek błędnych rozpoznań, z któremi przystępuje się do operacji bez nakłucia tylnego sklepienia, jest większy, niż po zastosowaniu tego zabiegu, choć i on nie broni całkowicie operatora od błędu. Szybkość zaś uzyskania pewnego rozpoznania, w ciągu kilku minut, zamiast długich tygodni obserwacji ma też niewątpliwie dużą wartość nietylko ze względu na osobiste przeżycia chorej, ale także z punktu widzenia ogólno - społecznej oszczędności czasu i pieniędzy. A właśnie w warunkach lekarza-praktyka tak pewność rozpoznania, jak szybkość jego postawienia, ma bardzo duże znaczenie, gdyż każdy stracony dzień szpitalny, czy to w szpitalu Ubezpieczalni Społecznej, czy w szpitalu sejmikowym, jest bolesną stratą dla tych instytucji, źle zwykle uposażonych.

Toteż stosowanie nakłucia tylnego sklepienia w rozpoznaniu ciąży pozamacicznej należy szeroko rozpowszechnić w kołach lekarzy praktyków, oczywiście z zastrzeżeniem, że zabieg ten wykonany być winien w szpitalu, p r z y g o t o w o ś c i d o n a t y c h m i a s t o w e j l a p a r o t o m j i. Wykonywanie tego zabiegu w domu prywatnym może być dopuszczalne tylko w wyjątkowych przypadkach.

PIŚMIENNICTWO.

1) *Halban* i *Seitz* — Biol. u. Path. d. W. T. V. z. 2, str. 937 i 1410, 2) *Zubrzycki J.* — Pol. Gaz. Lek. Nr. 3, 1931, 3) *Bajoński J.* — Now. Lekarskie, 1929, 4) *Penkert M.* — Z. Geburtsch. T. 95, str. 514, 1929, 5) *Konrad E. v.* — Zbl. Gynäk, str. 470. 1929, 6) *Sztehlo St.* — Zbl. Gynäk. 1929, str. 1401, 7) *Wołowa S.* — Med. Mysl. T. 6, str. 46, 1930, wdg. Ber. Gyn. T. 21, str. 358, 8) *Tagliaferro P.* — Clin. Ostetr. T. 33, str. 617, 1931, wg. Ber. Gyn. T. 21, str. 354, 9) *Barjaktarević* — Srpski Arch. Lek. T. 34, 1921, 1932, wg. Ber. Gyn. T. 24, str. 308, 10) *Scharman M.* — Wien. Klin. Wschr., 1932, II, str. 877.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

O leczeniu winogronami. (Les cures uvales).
G i l b e r t D r e y f u s.

Bulletin General de Thérapéutique. Nr. 2, 1935.

Głównemi składnikami winogron są woda (80%), cukry w postaci glukozy i lewulozy (16 — 21%), w ilości zmiennej, zależnej od okresu dojrzewania, klimatu i gatunku, wreszcie sole organiczne i mineralne, głównie w postaci soli kwaśnych, nadających winogronom ich smak i zapach. Z pośród tych soli zawierają winogrona względnie dużo soli potasu, natomiast bardzo mało soli kuchennej (5 mg). Oprócz tego w winogronach znajduje się jod w połączeniu z białkiem, ślady arszeniku, niezmiernie mało ciał tłuszczowych i azotowych, wreszcie witaminy: witamina C — przeciwszkorbutowa w ilości wystarczającej, witamina B-1 w ilości niewystarczającej, i witamina B-2 w ilości dostatecznej. Sok winogronowy zawiera zasadniczo wszystkie składniki winogron. Ponieważ w pewnych miesiącach roku niema winogron świeżych, można je zastąpić sokiem, pod warunkiem jednak, by był on odpowiednio zachowany i nie stracił swych właściwości. Takim sposobem przechowywania soku winogron jest t. zw. filtracja wyjaławiająca. Sok winogronowy dzięki temu, że jest on właściwie silnie rozcieńczonym wodnym roztworem elektrolitów, posiada właściwości słabych wód mineralnych. Pomimo, że winogrona właściwie nie zawierają azotu, tłuszczów i chlorków, posiadają one jednak dużą wartość odżywczą z powodu znacznej zawartości cukrów i witamin, ponadto posiadają one wpływ moczopędny, gdyż zawierają dużo wody i soli potasu. Diureza naogół wzrasta z ilością spożytych winogron, równocześnie obniża się kwasota moczu przy zwiększonem wydzielaniu jego składników, głównie chlorków. Pozatem winogrona posiadają wpływ przeczyszczający, tem silniejszy im mniej jest owoc dojrzały. Przeczyszczające działanie jest silniejsze, gdy się winogrona spożywa w całości ze skórkami i ziarnkami, których drzewnik pobudza ruchy robaczkowe jelit, winogrona zmniejszają ponadto procesy gnilne w jelitach i zmieniają ciała toksyczne, wreszcie oddziaływują żółciopędnie, powiększają glikogenezę i wytwarzanie się mocznika. Kwasy organiczne owoców, związane ze stałemi zasadami tworzą sole, powiększające zasoby zasad ustroju. W ten sposób soki pozornie najbardziej kwaśne posiadają właściwości alkalizujące i 1 kg. winogron daje tyleż zasad, co 6 gr. dwuwęglanu sodu.

Pełna kuracja winogronowa nie powinna trwać dłużej jak 20 — 30 dni, przeciętnie 21 dni. Zaczyna się ją od spożycia 500 gr. winogron dziennie, później powiększa się codzień ilość winogron o 500 gr., nie należy jednak przekroczyć 3 kg. dziennie, by zbytnio nie obarczać wątroby. Wyłącza się wtedy wszystkie inne potrawy, winogrona spożywa się w 3 — 4 porcjach dziennie. W przebiegu częściowej kuracji dodaje się — 1,5 kg. winogron dziennie do diety zwykłej. Ten rodzaj kuracji trwać może 4 — 6 tygodni. Winogron nie powinno się wtedy spożywać równocześnie z innemi pokarmami, gdyż przez oswobodzenie znacznej ilości zasad mogą one wstrzymać trawienie żołądkowe. Spożywa się więc winogrona na czczo albo pół godziny przed innemi posiłkami. Leczenie winogronami, jeżeli ma być połączone z leczeniem mineralnem, powinno albo je poprzedzać, albo następować po tem ostatniem.

Leczenie winogronami jest szczególnie cenne w przebiegu chorób nerkowych. Dzięki małej zawartości chlorków i białka, a także z powodu działania moczopędnego winogron, jest to postępowanie najbardziej wskazane u chorych z ciężką azotemją, dla których nawet mleko jest pokarmem, zawierającym zbyt dużo ciał azotowych, pozatem kuracja winogronowa wskazana jest w przebiegu lżejszych postaci zapalenia nerek, jeżeli tylko wydzielanie wody nie jest ograniczone, dalej w przebiegu kamicy nerkowej przy kwaśnym odczynie moczu, przeciwwskazane, jeżeli oddziaływanie moczu jest zasadowe.

W przebiegu cierpień sercowonaczyniowych i sercowonerkowych kuracja winogronowa nie jest wskazana u chorych z nadciśnieniem o wyglądzie pletorycznym. Z cierpień wątroby do kuracji winogronowej nadają się różne postaci nieznacznej niewydolności wątroby, stany przekrwienia wątroby np. u ludzi jedzących bardzo dużo, zastoiny żółci, kamica żółciowa, żółtaczka nieżytowa, wreszcie okresy poprzedzające marskość nerek. W przebiegu tych wszystkich cierpień należy jednak kurację winogronową przeprowadzić w sposób oględny, aby nie obarczać zbytnio chorego narządu. Winogrona są szczególnie wskazane w przebiegu przewlekłego zaparcia z warunkiem jednak, że będą spożywane w całości razem ze skórką i ziarnkami, są one gorzej znoszone w przebiegu zapalenia grubego jelita. Osobom otyłym nie powinno się podawać winogron w dużych ilościach, gdyż kg. winogron daje około 1000 kal.; nie można zapominać o tem, że kuracja winogronowa, zależnie od sposobu jej zastosowania, może być otłuszczająca lub odchudzająca. U chorych cukrzycowych winogrona są wskazane w okresie przed lub pośpiączkowym, u chorych z kwasicą, otrzymujących duże ilości insuliny, którym się chce ograniczyć pokarmy zawierające azot lub tłuszcze. Wreszcie leczenie winogronowe wskazane jest w różnych postaciach gośćca pochodzenia troficznego, dokrewnego, nerwowego i naczynioruchowego, winogrona są także pożądanym dodatkiem odżywiania w przebiegu gośćca wtórnego na tle zakaźnem, przy którym chorzy ze stanami podgorączkowemi, wycieńczeni, nieraz anemiczni potrzebują silniejszego odżywienia, zawierającego mięso, jaja, witaminy i znaczniejsze ilości owoców.

Kuracja winogronowa jest przeciwwskazana w przebiegu większości cukrzyc, zapalenia nerek z zatrzymaniem wody, niektórych postaci nadciśnienia z pletorą, zapalenia grubego jelita z rozwolnieniem.

Leczenie choroby Addisona solą zwyczajną. (Le traitement de la maladie d'Addison par le sel commun). Maranon, Collaze et Jimena.

Presse Médicale. Nr. 26, 1935.

Według badaczy amerykańskich odkrycie czynnych wyciągów kory nadnerczy zmieniło całkowicie dotychczasowe metody leczenia choroby Addisona. W stanach bardzo ciężkich, in extremis, wstrzyknięcie odpowiedniej dawki wyciągu kory nadnerczy miało działanie zbawcze, całkowicie podobne do działania insuliny w okresach końcowych cukrzycy. Doświadczenia autorów nie potwierdziły optymizmu badaczy amerykańskich. Wstrzykiwania czynnych wyciągów korowych, których działanie sprawdzono na zwierzętach, pozbawionych nadnerczy, wprawdzie sprowadzały poprawę nieraz nawet w stanach ciężkich, jednakże poprawa ta była przejściowa i choroba zwykle kończyła się śmiercią. Wysoka cena preparatu stanowi sama przez się przeszkodę do jej stosowania w odpowiednio wysokich dawkach (ilość hormonu konieczna do leczenia w ciągu roku kosztuje od 500 — 1500 dolarów), pozatem i rozważania biologiczne przemawiały za tem, że podawanie samego wyciągu nadnerczy nie może u człowieka mieć podobnie rozstrzygającego działania, jak u zwierzęcia. Choroba Addisona bowiem u człowieka jest zakończeniem długiego procesu, który nietylko zniszczył nadnercza, ale i wywołał szereg odczynów wstecznych w całym ustroju, zmieniając i zmniejszając jego żywotność. Zadaniem klinicystów jest przedewszystkiem znalezienie sposobu leczenia przyczyny chorobowej — gruźlicy — pozatem wyszukanie sposobów możliwie najwcześniejszego stwierdzenia choroby i zastosowania środków leczniczych pomocniczych, któreby uzupełniły korzystne wyniki leczenia hormonalnego. Takim korzystnym sposobem leczenia dodatkowego jest zastosowanie zwykłej soli. Stwierdzono bowiem, że u zwierząt, pozbawionych nadnerczy, zmniejsza się ilość chloru i sodu w surowicy, a powiększa się ilość potasu i magnezu. U osób, cierpiących na chorobę Addisona, zmniejsza się również poziom sodu i chloru, a podnosi się poziom potasu. We własnych badaniach, autorzy stwierdzili u chorych tylko nieznaczne obniżenie sodu, natomiast wyraźne powiększenie potasu, tem silniejsze, im stan chorych był cięższy. Stwierdzenie obniżenia sodu i chloru skłoniło różnych badaczy do podawania zwierzętom pozbawionych nadnerczy soli, w następstwie stwierdzono, że zwierzęta te mogą żyć po operacji od 5 — 15 dni, jeżeli dostają 50 cm^3 rozczynu soli dziennie, przyczem zamiast chlorku sodu można stosować octan sodu, co wskazuje, że nie chlor, lecz sód jest czynnikiem koniecznym do życia w tych warunkach. Korzystne działanie soli zaznacza się i przy leczeniu chorych z chorobą Addisona. Sól podawana w ilości 10 g dziennie zmniejsza szczególnie osłabienie i nudności chorych.

Wyciąg kory nadnerczy ma na elektrolity wpływ odwrotny w stosunku do ich zachowania się przed leczeniem, powiększa bowiem poziom chloru i sodu, zmniejsza poziom potasu. U 9 chorych stwierdzili autorzy, że istotnie poziom potasu się obniża pod wływem wyciągu kory nadnerczy, chlor nieznacznie się zwiększa, natomiast sód nie zwiększa się, lecz nawet nieznacznie obniża. Po usunięciu soli z diety chorych, stan ich pogarsza się tak wyraźnie, że objaw ten ma prawie znaczenie rozpoznawcze dla choroby Addisona.

Doświadczenia te zdają się przemawiać za tem, że kora nadnerczy kieruje gospodarką sodu i potasu w ustroju podobnie, jak tarczyca kieruje gospodarką jodu, a przytarczyczki gospodarką wapnia. Teoretyczne badania znalazły praktyczne zastosowanie w chorobie Addisona, w której sód powinien być podawany razem z wyciągiem kory nadnerczy, służącej do jego zatrzymywania w ustroju. Badania autorów zdają się wskazywać, że zaburzenia równowagi w zachowaniu się sodu i potasu, wywołane niewydolnością nadnerczy są przyczyną odwodnienia ustroju, które ze swej strony prowadzi do zakwaszenia, spostrzeganego w końcowych stanach choroby Addisona. Wprowadzenie nadmiaru sodu do ustroju przywraca równowagę w składzie elektrolitów, nie dopuszcza do odwodnienia i zakwaszenia i tem się też tłomaczy korzystne działanie soli. Autorzy stale podają chorym sól, stosując leczenie wyciągami kory nadnerczy tylko albo w stanach ciężkich, albo też podają te wyciągi w ciągu jednego tygodnia co miesiąc, a jeżeli stan chorych na to pozwala, nawet co dwa miesiące, Autorzy podają opis 12 przypadków choroby Addisona, którym przez czas dłuższy podawano od 3 — 10 gr. chlorku sodu dziennie. Pod wpływem tego leczenia u wielu chorych stan się poprawił, powiększyła się waga, zmniejszyło się zakwaszenie, podwyższył się poziom cukru we krwi, oraz ciśnienie krwi. Najwyraźniej zaznaczyła się poprawa na apetycie, wadze ciała, zaburzeniach przewodu pokarmowego i zachowaniu się barwika.

Leczenie solą pozwala więc znacznie oszczędniej stosować hormon nadnerczy, który można zachować na okresy cięższych powikłań, jak wystąpienie chorób zakaźnych, objawów zakwaszenia, etc. Pod wpływem spożywania większych ilości soli występuje skłonność do wyrównania zachwianej równowagi między nadmiarem potasu, a zmniejszeniem poziomu sodu w ustroju. Większe dawki soli są doskonale przez chorych znoszone, nie pogarszają one zmian gruźliczych, co przeczy zapatrywaniom Gersona, zalecającego chorym gruźliczym dietę małosolną.

Działanie vagotoniny przy nadciśnieniu. (Action de la vagotonine chez les hypertendus). Bernal.

Presse Médicale. Nr. 26, 1935.

Działanie vagotoniny na ciśnienie krwi jest łagodne i raczej powolne, jest ono najskuteczniejsze w przypadkach nadciśnienia, wykazującego skłonność do nagłych wahań. W porównaniu z innemi środkami, obniżającemi ciśnienie krwi, działa vagotonina najwolniej i najdłużej, działa także najczęściej. Głównemi wskazaniami do zastosowania vagotoniny są zaburzenia czynnościowe, jak bóle głowy, bezsenność, skłonność do

znacznych wahań ciśnienia, objawy ze strony układu wegetatywnego, etc. Z objawów ubocznych, na które vagotonina działa korzystnie, należy wymienić ogólny zły stan chorych, ich wychudzenie, wysoki poziom cukru we krwi. Vagotonina jest niepotrzebna, a nawet szkodliwa, jeżeli wiek chorych jest wysoki, a także w przebiegu niedomogi serca.

Jeżeli chodzi o ocenę działania vagotoniny to tak, jak i inne leki neurowegatatywne działa ona bardzo szybko, albo nie działa wcale. Autor postępuje w sposób następujący, chcąc ocenić wpływ vagotoniny: wstrzykuje 0,02 vagotoniny, poczem w pół godziny, w 2 godziny i w 4 godziny po wstrzyknięciu. bada zachowanie odruchu okosercowego, tętna i ciśnienia krwi. Jeżeli tętno się zwalnia, odruch okosercowy staje się silniejszy i ciśnienie krwi się obniża, stosuje się vagotoninę, w tej samej dawce w ciągu następnych 6 dni. Jeżeli po tym czasie niema widocznej poprawy, dalsze zalecanie vagotoniny jest bezcelowe, jeżeli zaś pierwsze wstrzyknięcie pozostało bez wyniku, daje się następnego dnia podwójną ew. po dwóch dniach potrójną dawkę, gdyż vagotonina działa czasami tylko w dawkach wysokich. Szkodliwe następstwa vagotoniny w postaci silnego spadku ciśnienia krwi są bardzo rzadkie i mogą wystąpić tylko wtedy, gdy vagotonina jest podawana w dawkach bardzo wysokich, które w zwykłem leczeniu nie są stosowane. Podwyższenie ciśnienia krwi spotykał autor czasami u chorych z niewydolnością krążenia. Czasami u chorych z nadciśnieniem po uprzednim spadku ciśnienia krwi, podnosi się ono znowu, gdyż zdaje się, że u tych chorych istnieje pewne minimum ciśnienia, poniżej którego żadna metoda leczenia nie jest go w stanie obniżyć. Jednakże jeżeli nawet po vagotoninie ciśnienie krwi się czasami podnosi, to są to podwyższenia bardzo nieznaczne. Spostrzegano czasami pokrzywki i bóle stawowe po wstrzyknięciu vagotoniny; ostatnio tych objawów się nie spotyka, prawdopodobnie dzięki produkcji czystszych preparatów. Wstrzyknięcia należy robić domięśniowo, głęboko, w przeciwnym razie chorzy skarżą się nieraz na bolesność i swędzenie w miejscu wstrzyknięcia. Serje wstrzyknięć powinny być krótkie, powtarzane w miarę potrzeby.

Rozważania ogólne nad niedomogą serca. (Considérations génerales sur l'insuffisance cardiaque). A. Clerc.

Presse Médicale. Nr. 29, 1935.

Zaburzenia czynności narządu krążenia zależne są od wielu złożonych mechanizmów, od czynności samego krążenia, od mechanizmów, regulujących procesy wymiany materji między krwią, a tkankami. Zmiany motoru centralnego serca pociągają za sobą zmiany i wszystkich innych mechanizmów, regulujących krążenie, tak, iż w pewnych okresach choroba serca staje się cierpieniem całego ustroju.

W warunkach prawidłowych czynność serca zależy od stanu jego komórek i od zachowania się komór sercowych.

Czynności życiowe komórek uzależnione są znowu od całego szeregu ciał, które jak glikogen i cukier, jony sodu, wapnia i potasu, fosfatidy, etc., regulują ich odżywianie, nie mówiąc już o wpływie hormonów sercowych (Haberlandt), automatinów (Zwaardemaker), etc.

Zasadnicze odżywianie serca jest w pierwszej linji zależne od pozostającego pod należytem ciśnieniem, dopływu krwi do serca, co dopiero umożliwia sprawną grę wszystkich specyficznych właściwości mięśnia sercowego, jak wrażliwość na bodźce, zdolność przeprowadzania bodźców, kurczliwość, etc. Ssące działanie komór sercowych umożliwia wypełnianie się serca w czasie rozkurczu, częściowo sprzyja temu czynny rozkurcz czyli czynne rozszerzanie się ścian komór, jednakże ani czynne rozszerzanie się komór, ani ich działanie ssące nie wystarczyłoby do wypełnienia serca, jeżeli dopływ krwi nie odbywałby się pod pewnem określonem ciśnieniem.

Pracę komór określa się mnożąc ilość krwi, wyrzuconą w czasie skurczu, przez ciśnienie krwi; ilość krwi wyrzucona przez serce w przeciągu minuty czyli t. zw. objętość minutowa serca równa się objętości każdego skurczu, mnożonego przez ilość skurczów w ciągu minuty.

Na krążenie krwi wpływa w znacznej mierze krążenie obwodowe, zależne od właściwości chemicznych krwi, jej nasycenia tlenem i kwasem węglowym, od zachowania się jonów, wydzielania gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem; poza tem ważny wpływ mają i czynniki fizykalne, jak lepkość krwi, jej masa, szybkość obiegu, ciśnienie żylne i tętnicze, nie mówiąc już o vis a tergo, t. j. resztującej sile, która w końcowych odcinkach krążenia popycha krew w kierunku serca, a pozostałej ze skurczu serca. Ponadto należy jeszcze uwzględnić elastyczność naczyń, tak żył, jak i tętnic, oraz właściwości największego zbiornika krwi t. j. naczyń włoskowatych. Te ostatnie ze swej strony są uzależnione od gry nerwów naczynioruchowych, pozostających pod wpływem swych ośrodków, pod wpływem odruchów obwodowych, wreszcie układu nerwowego współczulnego i nerwu błędnego, będących kierownikami nietylko całej ekonomji ustroju, ale i serca.

Pozostając stale pod wpływem różnych zmiennych czynników, jak np. praca, ciepłota, etc., serce musi samo w sobie znaleźć zdolność przystosowania się do coraz to zmiennych warunków zewnętrznych i wewnętrznych. W stosunku do nich serce ogranicza lub zwiększa swą objętość minutową, regulując rytm swej pracy; dzięki swej kurczliwości opiera się nadmiernemu rozszerzeniu, albo też powiększa energję swego skurczu, wydłużając swe włókna. Te zmienne czynności serca uzależnione są od prawidłowego wzajemnego stosunku krążenia krwi, tak w tętnicach, jak w naczyniach włoskowatych, jak wreszcie i w żyłach. Z tego też punktu widzenia ciśnienie żylne jest równie ważne, jak ciśnienie tętnicze. Od tych wszystkich czynników zależy także równowaga wypełnionych obu połów serca. Naczynia włoskowate, leżące w wielkiem krążeniu między lewą komorą, a prawym przedsionkiem, mają tak wielką pojemność, że część ich w stanie zwykłym nie jest używana. Inaczej nieco ma się rzecz w przestrzeni między prawą komorą, a lewym przedsionkiem, gdyż płuca mimo swej wielkiej elastyczności są wstrzymywane w swej możności rozszerzania się przez klatkę piersiową i śródpiersie, poza tem obszar naczyń włoskowatych płuc nie jest tak wielki, a ich ściany bardziej kruche.

Najmniejsza zmiana w krążeniu płucnem ma jednak duże następstwa, gdyż wpływa odrazu na wymianę oddechową i na utlenianie krwi, a tem samem i na czynność serca. W pełnem zrozumieniu znaczenia łożyska naczyń włoskowatych i masy krwi krążącej nazywają Laubry i Tzanck współczynnikiem bezpieczeństwa stosunek masy krwi krążącej do pojemności naczyń włosowatych.

Zaburzenia patologiczne krążenia mają przedewszystkim wpływ na włókna sercowe. Te ostatnie zostają w pierwszej linji uszkodzone przez ogólną niedokrwistość, przez upośledzenie dopływu krwi na tle np. zatoru naczyń wieńcowych, szkodliwie wpływają również zaburzenia krążenia powrotnego, poza tem wszystkie czynniki zakaźne i toksyczne.

Czynności komór mogą być zmienione z powodu wad serca, które zmieniają dopływ krwi do serca zmniejszając go (np. przy zwężeniu lewego ujścia żylnego), lub go powiększają (np. niedomykalność zastawki dwudzielnej).

Wpływ osierdzia przy zmianach patologicznych przewyższa znacznie jego rolę w warunkach fizjologicznych. Wysięki osierdziowe, tak samo zresztą, jak sąsiadujące wysięki opłucnej albo guzy śródpiersia, utrudniają pracę serca, uciskając go, zrosty osierdziowe również obarczają serce, przeciwstawiając się między innemi, jego rozkurczowi.

Zmiany naczyń krwionośnych, utrata ich elastyczności utrudnia krążenie ogólne. Szczególnie bezpośrednio wpływają na pracę serca wahania ciśnienia; ciśnienie zbyt wysokie obarcza nadmierną pracą lewą komorę, zbyt niskie zmusza serce według wyrażenia klasycznego do „skrwawienia się do obwodu". Zbyt wysokie ciśnienie żylne obciąża nadmiernie prawy przedsionek, zbyt niskie, upośledza dopływ krwi do serca. Bezpośrednią rolę dla dopływu krwi do serca, odgrywają naczynia włosowate, których skurcz albo rozszerzanie, a także porażenie również wpływa na krążenie zwrotne.

Krążenie zależy w znacznej mierze i od właściwości samej krwi, wśród nich zaś szczególnie poważną rolę odgrywają wahania ilości krwi krążącej, składniki chemiczne krwi (np. zmniejszenie ilości CO_2 we krwi, czyli t. zw. acapnia), dalej zaburzenia wydzielania gruczołów dokrewnych szczególnie nadnerczy, wreszcie nadmiar lub niedostateczna zawartość pewnych ciał we krwi np. histaminy.

Serce posiada w sobie samym środki obronne, które pozwalają mu walczyć ze wszystkiemi zmianami, utrudniającemi jego czynność, jednakże nieraz jest trudno w przebiegu niedomykalności serca ocenić, które zmiany są spowodowane wyrównawczem przystosowaniem się serca do zmienionych warunków pracy, a które są wyrazem istotnego zaburzenia.

Serce patologicznie zmienione wyrównuje swą czynność temi samemi środkami, których używa w życiu normalnem t. zn. przyśpiesza swą czynność i zwiększa ilość krwi wyrzucanej w jednostce czasu do obwodu, w następstwie powiększa się ilość krwi krążącej, co pozwala na dostateczne zaopatrzenie tkanek w tlen. Jeżeli uszkodzony jest sam mięsień sercowy, ucierpieć może w zależności od rozmiarów uszkodzenia i odżywianie serca (zatkanie naczyń wieńcowych), w każdym jednak razie uszkodzone zostaną czynności komórek, zmniejszy się energja skurczu i nawet jeżeli nie będzie wyraźnych zaburzeń rytmu, zdjęcia elektrokardjograficzne wykażą zmiany w prądach czynnościowych serca. Z biegiem czasu wytwarzają się zmiany i w ścianach samego serca, włókna jego wydłużają się, grubieją ściany, szczególnie lewej komory, w końcu serce rozszerza się biernie, przychodzi do zastoju krwi, która nieraz cofa się w kierunku, z którego przyszła t. zn. do krążenia płucnego, lub do krążenia żylnego. Zastój krwi w sercu staje się przyczyną skrzepów, które w następstwie mogą być zawleczone do najprzeróżniejszych okolic.

Słaby skurcz serca wyraża się na obwodzie niskiem ciśnieniem i zwolnieniem prądu krwi w układzie tętniczym, co oznacza się szczególnie w naczyniach włosowatych. Wyrazem zastoju jest sinica, występująca we wszystkich narządach, przedewszystkiem w najbliższym sercu zbiorniku krwi t. j. w wątrobie, w nerce, w mózgu, dalej obrzęki, a przedewszystkiem zmniejszenie ilości wydzielanego moczu. Zastój w płucach pogarsza jeszcze te wszystkie objawy, szczególnie gdy równocześnie powstanie niewspółmierność w pracy lewej i prawej komory, gdy do zastoju biernego dołączy się jeszcze nagły dopływ krwi do płuc, którego wyrazem jest obrzęk płuc.

W ostatnich czasach zwrócono uwagę, że zmiany fizykochemiczne i chemiczne krwi — wpływają również na czynności mięśnia sercowego. Eppinger podkreślił, że przy niewydolności krążenia, utlenianie w mięśniach jest niedostateczne i że z tego powodu resynteza kwasu mlecznego z powrotem na glikogen jest upośledzona, następstwem tego stanu ma być nagromadzenie się kwasu mlecznego w ustroju, co wtórnie wywoływać może zaburzenia ze strony serca. Jednakże ta równoległość procesów zakwaszenia ustroju i niewydolności krążenia nie zawsze jest stwierdzona. Zwracano także uwagę, że poziom cukru we krwi bywa zmniejszony i że istnieje pewna skłonność do podwyższenia podstawowej przemiany materji w przebiegu niewydolności krążenia. Ilość krwi krążącej według jednych autorów ma być w przebiegu niewydolności powiększona, według innych zmniejszona. Bardzo interesujące badania, wykonane przez Dautrebanda, wykazały zmiany środowiska wewnętrznego w okresie niewydolności krążenia. Zastój krwi w tkankach prowadzi bowiem do nadmiernego wyzyskania tlenu i do powiększenia procesów utleniających, krew żylna zostaje wtórnie przeładowana kwasem węglowym, który drażni ośrodek oddechowy, pobudza czynności oddechowe i prowadzi do częściowego wydalenia nadmiaru CO_2 przez płuca, zaś pozostały CO_2 związany w postaci węglanów powiększa zasób zasad krwi tętniczej. Wszystkie tu przytoczone nowsze spostrzeżenia nie są jeszcze całkowicie sprawdzone i wytłomaczone. Stosowane metody są zbyt złożone, by można je całkowicie zastosować do badania chorego w okresie niewydolności krążenia, nie są one także zbyt pewne, np. sposób, określający minutową objętość serca odnosi się do serca lewego, a w stosunku do serca prawego należy przypuszczać, że pracuje ono harmonijnie lub też, że przepuszczalność naczyń włosowatych i przybłonków płuc jest niezmieniona; co nie zawsze ma miejsce w stanach patologicznych. Ocena ilości krwi krążącej, również nie zawsze jest dokładna, gdyż wpływają na nią także skurcze lub rozszerzenia naczyń włoskowatych,

wsysanie lub wytwarzanie się obrzęków. W tych wszystkich zmianach trudno jest odróżnić co jest przyczyną, a co następstwem niewydolności krążenia, przykładem tego jest przeładowanie ustroju kwasem mlecznym, porażenie naczyń włosowatych, spadek ciśnienia krwi, zastój, który szkodliwie działa na samo serce, wreszcie zmiany w niektórych narządach np. w płucach, lub nerkach mogą ze swej strony spowodować niewydolność serca i w ten sposób wytwarza się nieraz błędne koło, nie dające się dalej rozwikłać; zachowanie się samego serca jest jednak ostatecznym wyrazem zaburzeń tych wszystkich powikłanych, nie dających się nawzajem od siebie oddzielić mechanizmów. W ostatnich latach obok ostrej i przewlekłej niewydolności krążenia, wyodrębniono obraz niewydolności częściowej prawego i lewego serca. W pierwszym przypadku zastój pierwotny w prawej komorze ew. zwrotna fala krwi z rozszerzonej prawej komory powiększa zastój ogólny, którego nie zdoła już przezwyciężyć fala krwi tętniczej, pozatem stałe skurcze prawej komory odbijają się na wypełnieniu lewego serca.

Zastój w lewej komorze uwypukla przegrodę międzykomorową w kierunku komory prawej i upośledza jej czynność, a słaby rzut skurczowy krwi zmniejsza vis a tergo, powstaje wtedy zastój obwodowy i utrudnianie powrotu krwi do serca. Szczególnie brutalny jest obraz przy zaburzeniu równowagi w czynnościach lewej i prawej komory. Jeżeli dopływ krwi do płuc przy niezachwianej energji prawej komory jest zachowany, a lewa komora się załamuje, wtedy występuje ostry obrzęk płuc.

Należy więc przyjąć, że jeżeli bezpośrednią i najogólniejszą przyczyną niewydolności krążenia jest zmiana komór sercowych, to ich załamanie się jest końcowym wynikiem różnych procesów wśród których odgrywa dużą rolę przeładowanie krwią komór, lub układu naczyniowego, przyczem duże znaczenie posiada krążenie powrotne, zapewniające należyte odżywianie serca. Pierwotne pozasercowe przyczyny niewydolności krążenia, których przykładem jest wstrząs, są raczej rzadkie. Wśród różnych przyczyn niewydolności należy zawsze starać się odróżnić objawy mogące być wyrazem nadmiaru czynności od tych, które są wyrazem jej niedoboru. W okresie niewydolności, gdy ma się do czynienia z chorobą całego ustroju, istnieje taki splot wzajemnie na się oddziaływujących uszkodzonych mechanizmów, że wobec odwracalności wielu tych odczynów nie wiadomo, który był pierwotnym, a który wtórnym. Wobec tego pomimo, że nauka współczesna odkryła wiele zmian chemicznych ustroju, towarzyszących niewydolności krążenia, lekarz praktyk musi zwrócić i nadal uwagę na znacznie prostsze objawy mechaniczne. Z punktu widzenia leczniczego przeładowanie komór i układu obwodowego jest tak ze sobą związane, że leczenie pobudzać musi energję skurczów serca, znosząc równocześnie zapory obwodowe. W stanach wstrząsu leczenie musi mieć na widoku powiększenie ilości i szybkości krwi krążącej z równoczesnem pobudzeniem układu naczyń włosowatych. Wśród wszystkich czynników, wpływających na zaburzenia równowagi krążenia, jednym z najważniejszych, szczególnie przez wzgląd na płuca, jest niewspółmierność w czyności prawej i lewej komory, jednak pomimo odrębności patologicznej obrazu niewydolności lewej, zdaje się ona zawsze pociągać za sobą w końcu i niewydolność prawej komory. Ta ostatnia tak w stanie fizjologicznym, jak i w stanach patologicznych jest dla całego serca drogowskazem, regulującym wszystkie jego czynności.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Wykrztuszanie nazewnątrz treści ropnej u dzieci. (Les vomiques chez l'enfant). C h a r l e s G a r d è r e et D a m e z.

Journal de méd. de Lyon. 1935 N. 2.

Dzieci zwykle nie wykrztuszają plwociny pochodzącej z oskrzeli przy kaszlu, lecz ją połykają. O ile dziecko wykrztusza nazewnątrz plwocinę, odbywa się to przy współudziale mechanizmu wymiotowego. Ten mechanizm zaczyna działać tylko wtedy, o ile do jamy gardzielowej dziecka dostaje się treść z oskrzeli nagle i w dużej ilości. Pochodzenie treści (z dolnych dróg oddechowych), może być przytem różne. Mogą to być równie dobrze rozstrzenie oskrzelowe, jak i jamy gruźlicze, oraz ropień płuca lub różnego rodzaju otorbione zbiorniki ropne w listkach opłucnej.

Wykrztuszanie treści ropnej zjawia się zwykle nagle, poprzedzane napadem kaszlu, wysiłkiem lub krzykiem. U dzieci starszych ilość wykrztuszonej treści może być znaczną, u niemowląt zwykle nie przekracza 20 - 30 gramów. U niemowląt wykrztuszenie towarzyszy prawie zawsze zrzuceniu treści pokarmowej żołądka. O ile ilość wykrztuszonej treści jest bardzo nieznaczna, wymioty mogą nie wystąpić i treść ulega połknięciu. Można ją wtedy wykryć za pomocą płukania żołądka.

Wykrztuszeniu może uledz jednorazowo całość zbiornika ropnego, lub częściej zrzucanie odbywa się szereg razy w ciągu dnia w porcjach częściowych, coraz mniej obfitych. W przypadkach pomyślnych zrzucanie treści ropnej stopniowo zanika stopniowo świadcząc o samowyleczeniu źródła skąd pochodzi; innym razem po przerwie wynoszącej szereg tygodni lub nawet miesięcy zjawisko zrzucania treści ropnej ponawia się, wreszcie wykrztuszenie może utrwalić się, nie ulegając zmniejszeniu, a towarzysząca wysoka gorączka i postępujące wyniszczenie wskazuje na przebieg niepomyślny.

Zbiorowiska płynne, które mogą ulec opróżnieniu drogą oskrzelową mogą być różnego pochodzenia: opłucnego (ropne, rozlane lub otorbione zapalenie opłucnej); płucnego (ropień płuca, bąblowiec płuca, rozstrzenie oskrzeli, gruźlica jamista płucna, lub gruczołowa); podprzeponowego (ropień podprzeponowy, ropień wątroby, bąblowiec).

Sądzono zwykle, że zbiorniki opłucnej bywają źródłem zrzucania oskrzelowego ropnej treści. Wydaje się, że najczęstszą rolę odgrywa ropień płuca. Badanie rentgenowskie pozwoliło lepiej poznać ropnie płuca i odróżnić je od otorbionych wysięków opłucnej, z któremi były mieszane. Rozstrzenie oskrzelowe są trzecią najczęstszą przyczyną zrzucania oskrzelowego ropy u dzieci. Inne przyczyny w porównaniu do wymienionych odchodzą na plan dalszy.

Wykrztuszanie pochodzenia opłucnego.

Mają one jako być mniej częste u dzieci (7 proc), niż u dorosłych (26 proc.); lecz należy odróżnić rozlany ropny wysięk w opłucnej od otorbionego. W przypadkach rozlanego wolnego wysięku ropnego w opłucnej, opróżnienie jego drogą oskrzelową należy do wyjątków. Opróżnienie takie może nastąpić zwykle w drugim miesiącu choroby lub później. Lecz oczywiście zwykle zabieg operacyjny uniemożliwia takie zejście. Co się tyczy jednak dzieci, należy zrobić zastrzeżenie ze względu na możliwość wczesnego opróżnienia do oskrzeli. U małych dzieci przetoka opłucnooskrzelowa może wytworzyć się bardzo szybko, przed upływem trzeciego tygodnia, a więc nieraz przed zabiegiem operacyjnym. Za wyjątkiem tych przypadków opróżnienie wolnego wysięku opłucnego drogą oskrzelową nie zdarza się.

Cruveilhier wykazał, że przebicie płuca bywa poprzedzone powstaniem ropnia pod-opłucnego. Przetoka opłucnowo - oskrzelowa zdarza się częściej w zrazach górnych lub środkowych. U dziecka jest ona wąska i zatokowata, trudna do wykazania na stole sekcyjnym. Ropa przechodzi łatwo z jamy opłucnej do oskrzela, lecz powietrze odwrotnie zwykle nie przenika do jamy opłucnej, objawów odmy zwykle niema, i samowyleczenie zdarza się częściej u dzieci, niż u dorosłych.

Opróżnienie drogą oskrzelową wolnej ropy z opłucnej obserwowano zwykle w następstwie zrazowego, lub zrazikowego zapalenia płuc. Rzadko zdarza się to w przypadkach paciorkowcowych zakażeń opłucnej, lub gruźliczych (ropnych).

Nobecourt obserwował dwa przypadki tego rodzaju w zakażeniu gruźliczem. W obu — opróżnienie drogą oskrzelową nastąpiło po wielu miesiącach trwania choroby; w ropie wykryto prócz laseczników Koch'a paciorkowca i gronkowca. Jedno z dzieci wyzdrowiało. Opróżnienie drogą oskrzelową notowano także w przebiegu pyo-pneumothorax w następstwie odoskrzelowego zapalenia płuc lub ropnia płuc. Autorzy nie znaleźli spostrzeżeń dotyczących zgorzelinowego zapalenia opłucnej. Odmę w następstwie opróżnienia ropy przez oskrzela notowano tylko w trzeciej części przypadków.

Przebieg tego rodzaju opróżnienia ropy u dziecka częściej bywa pomyślny, niż u dorosłych i może stanowić przykład samowyleczenia. Ten pomyślny przebieg spostrzega się przeważnie przy wysiękach małych u niemowląt.

Przy dużych wysiękach przetoka ma małą skłonność do samoistnego zamknięcia się. Okresowo występuje przerwanie komunikacji z jamą opłucnej, ponowne gromadzenie się ropy, z nawrotem gorączki, aż przychodzi ponowne opróżnienie. Wyleczenie może i wtedy nastąpić, lecz jest powolne i niezupełne. Wśród nawarstwień błon na opłucnej, pozostaje zagęszczona ropa, płuco ulega skurczeniu i pojemność jego zmniejsza się. Jama wypełnia się kosztem znacznego zniekształcenia klatki piersiowej (zapadnięcie żeber, skrzywienie kręgosłupa, zanik mięśni klatki piersiowej).

Otorbione zbiorniki ropy w jamie opłucnej stanowią znacznie częstsze źródło opróżnienia drogą oskrzelową. Ropa najczęściej jest pochodzenia pneumokokowego. Otorbiony zbiornik ropy w następstwie zapalenia płuc nie rzadko opróżnia się drogą oskrzelową z wynikiem pomyślnym. Są to przeważnie zbiorniki międzypłatowe, nadprzeponowe i śródpiersiowe. Zbiorniki otorbione powierzchni zewnętrznej rzadko doprowadzają do opróżnienia drogą oskrzeli, gdyż ulegają łatwo wyleczeniu drogą aspiracji przy nakłuciu opłucnej, lub nawet samoistnie mogą ulec wessaniu.

Międzypłatowe zapalenia ropne opłucnej uważane były długo na najczęstszy rodzaj otorbionych wysięków tego typu. Opinja ta w ostatnich latach uległa zachwianiu.

Sergent, Lemiere i *Kourilsky* wykazali, że ropniak międzypłatowy należy do wyjątków, jako prawidło jest to ropień płuca. (Zbiornik w międzypłacie powstaje wtórnie). Liczne obserwacje ropni płuca u dzieci i niemowląt potwierdzają ten pogląd.

W wysiękach ropnych międzypłatowych opróżnienie drogą oskrzela może nastąpić wcześnie, lecz te wysięki mogą trwać miesiące i lata całe nadając choremu obraz gruźlika i ostatecznie mogą się opróżnić. Ilość wykrztuszanej ropy jest mała, o zapachu czosnkowym. Opróżnienie naogół nie daje odpowiednika rozpoznawczego przy badaniu fizykalnem. Opróżnienie powtarza się naprzemian z okresami zatrzymania i często prowadzi do samoistnego wyleczenia. Autorzy obserwowali podobne opróżnienia ropy ze zbiornika międzypłatowego, zawierającej laseczniki Koch'a (pleuritis interlobaris tuberculosa). Nastąpiło dość szybko wyleczenie.

Wysięki ropne otorbione od tyłu płuca również mogą opróżniać się przez oskrzela. Rozpoznanie ich klinicznie i rentgenograficznie jest trudne. Po częściowem opróżnieniu zbiornika powstaje obraz jamy zawierającej ciecz i powietrze w profilu pola płucnego, jak w ropniu płuca. Różnice polegają na wymiarze ogniska, które dochodzi do podstawy jest znacznie szersze. Rozpoznawczo nieraz ropień płuca, który przy zabiegu okazał się otorbionym wysiękiem opłucnej.

Otorbienia w śródpiersiu przedniem, a zwłaszcza tylnem są trudne dla rozpoznania. Mogą one ulegać wessaniu. W niektórych przypadkach ustrój toleruje je w ciągu całych miesięcy i nawet lat, poczem mogą uledz opróżnieniu, lecz wyleczenie zwykle nie następuje.

Otorbienia ropne na podstawie — nadprzeponowe, lub przeponowo - śródpiersiowe, zwykle dochodzą do opróżnienia przez oskrzela. Są to zwykle zakażenia pneumokokowe; opróżnienie nie prowadzi do powstania odmy i może stanowić sposób wyleczenia. Lecz często również ropienie trwa i zabieg operacyjny staje się konieczny.

U dzieci bardzo rzadko te otorbienia ropne powstają jako następstwo ropni podprzeponowych.. Wykrztuszona ropa cuchnie i czasami jest zabarwiona żółcią, powstaje pyo - pneumothorax.

Zakażenie paciorkowcowe, wbrew dawniejszym twierdzeniom, — może także dawać otorbienia.

Wykrztuszanie pochodzenia płucnego.

Ma większe znaczenie. Autorzy amawiają kolejno ropień płuca, rozstrzenie oskrzeli i ciała obce w oskrzelach, bąblowiec płuca, gruźlicę gruczołową - płucną.

Spostrzeżenia wykazujące częstość ropni płuca u dzieci odnoszą się do lat ostatnich. Wszystkie prace dotyczące tego przedmiotu wykazują, że opróżnienie ropnia płuc drogą oskrzelową jest prawidłem i stanowi objaw bardzo znamienny.

W ropniu płuca ostrym (zwykła postać) opróżnienie następuje między dziesiątym, a dwudziestym dniem choroby, a więc wcześniej, niż przy opróżnieniu otorbień opłucnowych. Opróżnienie może być poprzedzone ukazaniem się krwi w plwocinie lub śladów ropy w treści wymiotów. Ilość ropy, szczególnie u niemowląt bywa zwykle mała. Może być bardziej znaczna u starszego dziecka (szklanka). Opróżnienie może powtarzać się. Ropa jest gęsta, zielonkawa lub brunatna, lecz nie cuchnąca. Badanie bakterjologiczne ropy wykazuje najczęściej pneumokoki; mogą być także gronkowce, enterekoki, wreszcie pełzaki.

Po opróżnieniu, przy głębokiem umiejscowieniu ropnia w płucu, objawy fizykalne prawie nie ulegają zmianom. Przy ropniu powierzchownym — stwierdza się rzężenie wilgotne, oddech dzbanowy. Opróżnienie ropy wpływa na cofanie się objawów czynnościowych i gorączki, o ile odpływ jest wystarczający.

Po opróżnieniu ropnia drogą oskrzelową, badanie rentgenowskie wykazuje owalne, pionowo położone wyjaśnienie z linją poziomą, wskazującą poziom płynu w jamie; wyjaśnienie otoczone jest ciemną otoczką ropnia. Przy pomyślnym przebiegu sprawy na kliszy utrwala się tylko mały ciemny krążek, lub plama o zarysach gwiaździstych. Lipjodol wprowadzony do oskrzeli nie przenika do jamy ropnia.

Wykrztuszanie ropy może trwać tylko parę dni, lub może powtarzać się. Przy stopniowej poprawie wyleczenie może nastąpić w przeciągu 2 — 3 miesięcy.

Drugą postacią ropnia płuc jest podostry ropień zgorzelinowy, u dzieci zdarzający się wyjątkowo. Początek nagły, nie poprzedzany ostrą sprawą płucną; dziecko wykrztusza plwocinę cuchnącą. Nawroty wykrztuszania mogą powtarzać się szereg miesięcy i lat. Obraz rentgenologiczny może być jak poprzedni, lub ma zarysy gąbczaste. Ropa zawiera beztlenowce względne i krętki. Wyleczenie następuje rzadziej, niż w postaci pierwszej.

W przypadku ciała obcego w oskrzelu, zbiornik ropy znajduje się w oskrzelu; nie jest to istotny ropień płuca. Wykrztuszanie rzadko prowadzi do pozbycia się w ten sposób ciała obcego. Rentgen wykazuje zaciemnienie bardzo rozległe (niedodma wskutek zamknięcia światła oskrzela). Po wydobyciu się ciała obcego, wyleczenie jest możliwe bez poważniejszych następstw.

Rozstrzenie oskrzelowe u małych dzieci są częstą przyczyną zrzucania ropnej plwociny. Charakterystyczne cechy: zrzucanie obfite w godzinach rannych, zielonkawa ropa, przy odstaniu w naczyniu dzieli się na cztery warstwy. Poza ropniem płuca i ropieniu w opłucnej, żadne inne cierpienie nie daje podobnego obrazu klinicznego.

U niemowląt ilość ropy mała, w postaci ropnych wysepek pływających w zwykłej pokarmowej lub śluzowej treści wymiotów. Wykrztuszanie ropy w rozstrzeniach oskrzeli odbywa się okresami, oddzielonemi dłuższemi przerwami bezobjawowemi. Rozstrzenie oskrzeli powstają zasadniczo w następstwie zmian marskich w tkance płuca. Rozwój marskości idzie drogą ostrych obostrzeń z gorączką i nieraz dużem zachwianiem stanu ogólnego.

W tych okresach obostrzeń badanie kliniczne może dawać objawy rzekomej jamy gruźliczej. Rentgen wykazuje ognisko przewlekłego zapalenia płuc w postaci często trójkąta przywnękowego (u małych dzieci). Należy odróżniać rozstrzenie oskrzeli, jako następstwo przewlekłych zrazikowych stanów zapalnych płuca po krztuścu, odrze, grypie i zakażeniach pneumokokowych, od rozstrzeni oskrzeli z marskością płuca jako sprawy kiłowej.

Bąblowiec płuca u dziecka może się opróżnić drogą oskrzelową (połowa przypadków), prowadząc do wyleczenia. Cierpienie, względnie rzadko spotykane we Francji. Często w Islandji, Argentynie, Urugwaju. Przebiega skrycie nawet szereg lat, daje często krwioplucia.

W gruźlicy nagłe wykrztuszenie treści ropnej drogą oskrzelową może się zdarzyć również u dzieci w dwuch przypadkach: przy nagłem opróżnieniu zawartości ropnej dużej jamy gruźliczej, oraz przy przebiciu dużego oskrzela przez zserowaciały gruczoł chłonny. U niemowląt zdarza się to w przypadkach rozpadu pneumonia caseosa. W ten sposób może powstać olbrzymia jama zajmująca prawie cały zraz płucny. Naogół jednak przypadki tego rodzaju zdarzają się u dzieci rzadko.

Bardzo rzadko również u dzieci zdarzają się opróżnienia drogą oskrzelową ropy znajdującej się w jamie brzusznej (ropień podprzeponowy). W tych przypadkach zwykle najpierw powstają zrosty opłucnej podstawy płuca z przeponą.

Rozpoznawczo, — u dzieci, każde wykrztuszenie większej lub mniejszej ilości ropy powinno skierować myśl na poszukiwanie w płucu lub opłucnej zbiorników ropy. Najczęściej należy myśleć o ropniu płuca. Przebieg tej sprawy przypomina przebieg zapalenia płuc, około 15 — 20 dnia choroby następuje wykrztuszenie treści ropnej. Rozpoznanie różniczkowe z otorbionemi międzypłatowemi wysiękami opłucnej jest trudne, w przypadkach nietypowych nawet niemożliwe.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Zapalenie luźnej tkanki łącznej na szyi i twarzy pochodzenia, przypuszczalnie, anafilaktycznego. (La cellulite cervico faciale). Sonia Annikow.

La Presse Méd. Nr. 29, kwiecień 1935.

Autor omawia odrębny rodzaj zapaleń luźnej tkanki łącznej na twarzy i szyi, będący następstwem przewlekłych zapaleń nosa, gardła i uszu. Schorzenie to przebiega bez gorączki i innych ogólnych objawów zakażenia. występuje tu jedynie rozlane nacieczenie luźnej tkanki łącznej, często również i tkanek głębszych, połączone z silnemi bólami, oraz zaburzeniami ze strony układu nerwowego roślinnego.

Nacieczenie może zajmować czoło, policzki, okolicę przyuszną, okolicę wyrostka sutkowego, mięśnia mostk. - obojcz. - sutkowego, mięśnia kapturowego i t. p., czasami i owłosioną część głowy. Nacieczenie owe wyczuć można, starając się ująć skórę w fałd. Bóle okolicy, objętej zapaleniem, są silne i promieniują szeroko. W przypadkach ciężkich — kilka razy na dobę występują napady gwałtownych bólów, połączone często z zaburzeniami pamięci, bezsennością i stanami

przygnębienia. Do objawów tych dołączają się czasami: 1) zaburzenia ze strony układu nerwowego roślinnego, jak uderzenia gorąca do głowy, z rozszerzeniem źrenicy i lekkim wytrzeszczeniem gałki ocznej, lub ze zwężeniem źrenicy i zapadnięciem się gałki ocznej, 2) zaburzenia błędnikowe, jak zawroty głowy, uczucie pustki w głowie, 3) zaburzenia nerwu słuchowego — szum w uszach i osłabienie słuchu.

Wszystkie te objawy przypominają zaburzenia, występujące w przebiegu wstrząsu anafilaktycznego. Otóż autor przypuszcza, że u chorych z przewlekłem zapaleniem śluzówki nosa, ucha lub gardła, powstaje, wskutek wsysania się obcego białka przez zmienione zapalne błony, pewnego rodzaju uczulenie na białko, które to uczulenie, skolei, jest przyczyną powstawania zapalenia luźnej tkanki łącznej szyi i twarzy.

Leczenie, więc w tych przypadkach polegałoby na stosowaniu środków odczulających (przeciw anafilaksji), jak: autohemoterapji, podawanie przetworów białkowych, wyciągów śledziony i t. p.*).

Ostre zapalenie otrzewnej, jako powikłanie przebiegu płonicy. (La péritonite aiguë generalisée primitive compliquant la fièvre scarlatine). L. S a b a d i n i.

La Presse Méd. Nr. 30, kwiecień 1935.

Z licznych powikłań, występujących bądź to w przebiegu, bądź w następstwie płonicy, zapalenie otrzewnej spotykane jest najrzadziej. Znacznie częściej występuje zapalenie stawów lub opłucnej. Zapalenie otrzewnej wystąpić może w różnych okresach płonicy: przy wysypce, złuszczaniu się lub już w okresie ozdrowienia. Początek cierpienia jest nagły, przebieg — ciężki, i śmiertelność — bardzo duża. Największa bolesność uciskowa umiejscowiona jest w okolicy kątnicy, powłoki są mocno napięte, gorączka przekracza 40° przy tętnie około 160 na 1 minutę. Odróżnienie tego powikłania, od zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego opiera się klinicznie jedynie na dodatkowych objawach istniejącej płonicy, lub danych w wywiadzie o przebytej niedawno płonicy. Przy operacji otwarcia jamy brzusznej stwierdza się obecność wysięku rozlanego lub ograniczonego, charakteryzującego się zwykle dość dużą domieszką włóknika; w niektórych przypadkach wysięk jest ropny. Badanie bakterjologiczne wysięku stwierdza obecność paciorkowca. W połowie wszystkich przypadków, paciorkowca hemolitycznego wychowano również i ze krwi, co przemawia za krwiopochodnym początkiem zapalenia otrzewnej w przebiegu ogólnego zakażenia. Z opisanych dotąd w piśmiennictwie przypadków, jedne były operowane, inne leczone zachowawczo. Śmiertelność operowanych była mniejsza, to też zabieg operacyjny, w tego rodzaju przypadkach jest raczej wskazany. Ze względu jednak na duże wyczerpanie i ciężki stan chorego, zabieg, wykonany możliwie w znieczuleniu miejscowem, ograniczyć się powinien jedynie do otwarcia jamy brzusznej i założenia sączka, — w celu usunięcia wybitnie zakaźnego wysięku (zawierającego bardzo żywotne i zjadliwe drobnoustroje). Leczenie operacyjne jest jednak w tego rodzaju zapaleniach otrzewnej niewystarczające i powinno być uzupełnione leczeniem biologicznem.

*) Pepticol L. Nasierowski.
Cholopepton L. Nasierowski.

Zapalenie pęcherza żółciowego w przebiegu zakażenia przewodu pokarmowego pałeczką okrężnicy. (Cholécystites masquées et colibacillose). P. J a c q u e t et St. T h i e f f r y.

La Presse Méd. Nr. 31, kwiecień 1935.

Autorzy zwracają uwagę na częste współistnienie zapalenia pęcherza żółciowego z ogólnem zakażeniem przewodu pokarmowego i układu moczowego, pałeczką okrężnicy. Zapalenie pęcherza żółciowego przebiega tu skrycie, jedynie tylko dokładne badanie obmacywaniem wykrywa bolesność uciskową okolicy pęcherza. Prześwietlanie rentgenowskie tej okolicy, po podaniu doustnem papki kontrastowej, wykazuje w przypadkach długotrwałego cierpienia, przesunięcie części odźwiernikowej żołądka na prawo, oraz zaburzenia w wypełnianiu się i w czynności ruchowej opuszki dwunastnicy. Systematyczne badanie żółci, wydobytej zapomocą zgłębnika dwunastniczego, wykazało u znacznego odsetka chorych na zakażenie pałeczką okrężnicy — obecność tych drobnoustrojów i w żółci. Wynika stąd, że pęcherz żółciowy, tak jak i wyrostek robaczkowy, są ulubionem miejscem usadawiania się i rozwoju tych drobnoustrojów. Potwierdzają to również dodatnie wyniki leczenia zakażenia pałeczką okrężnicy przewodu pokarmowego i moczowego zapomocą *): 1) środków żółciopędnych, jak boldo, kalomel, żółć, 2) wstrzykiwań bezpośrednio do dwunastnicy przez zgłębnik siarczanu magnezu, 3) oraz wstrzykiwań dożylnych urotropiny. Urotropina jest dzielnym środkiem odkażającym drogi żółciowe, natomiast w przypadkach zakażenia pałeczką okrężnicy wyłącznie dróg moczowych — stosowanie jej jest bezcelowe.

Opierając się na tych spostrzeżeniach, autorzy stwierdzają, że zakażenie pałeczką okrężnicy przewodu pokarmowego i moczowego zwalczać należy energicznem leczeniem przedewszystkiem zapalenia pęcherza żółciowego.

Leczenie t. zw. „purpura". (Le traitement du purpura). S. d e S e z e.

L'Avenir Médical, kwiecień 1935.

Leczenie schorzeń, zwanych „purpura", może być objawowe lub przyczynowe. W leczeniu objawowem posługujemy się wszelkiemi środkami, tamującemi krwawienie (hemostatycznemi), jako to: 1) chlorkiem wapnia, podawanym doustnie do 4 gr. dziennie, lub dożylnie — 2,5 gr.,2) peptonem, wstrzykiwanym podskórnie w roztworze fizjologicznym, 3) surowicą końską, 4) wstrzykiwaniem podskórnem własnej krwi, 5) przetaczaniem krwi.

Leczenie przyczynowe zależy od przebiegu schorzenia. Purpura ostra jest zazwyczaj pochodzenia toksycznego lub zakaźnego i jako taka wymaga leczenia samej toksemji, względnie zakażenia. Purpura przewlekła zależna jest od schorzenia narządów krwiotwórczych lub układu siateczkowo - śródbłonkowego, z których śledziona zdaje się grać tutaj znaczną rolę. Pewne potwierdzenie tego ostatniego mamy w wynikach bezpośrednio otrzymanych po operacji usunięcia śle-

*) Combretin L. Nasierowski.
Cholopepton L. Nasierowski.

dziony. Według Spenge'a w 80% przypadków operowanych (splenectomia), krwawienie ustępuje, ogólny stan chorych poprawia się, czas krzepnięcia krwi wydatnie się skraca, ilość płytek — wzrasta.

Jednakże znaczna śmiertelność pooperacyjna (10 — 16%) oraz w dość dużej liczbie przypadków nawrót krwawienia w pewien czas po operacji wycięcia śledziony — nakazuje ostrożność w ustalaniu wskazań do tego zabiegu. Autor uważa, że jedynie przypadki z uporczywemi krwawieniami, przebiegające bez okresów poprawy, i zagrażające życiu chorego, dają wskazania do operacji wycięcia śledziony, którą należy wówczas wykonać możliwie wcześnie — ze względu na stale pogarszający się stan tego rodzaju chorych.

Natomiast w przypadkach lżejszych — wskazane będzie leczenie zachowawcze, w pierwszym rzędzie — przetaczanie krwi.

Prosty sposób operacyjnego wytworzenia czasowej przetoki pęcherza żółciowego. (Technique de la cholécystomie). Victor-Panchet.

Bullet. Mem. de la Soc. des Chir. de Paris t. 27, z. 3, luty 1935.

Operacja wytworzenia czasowej przetoki pęcherza żółciowego jest zabiegiem względnie mało shokującym chorego, to też może być wykonana nawet w przypadkach ciężkiego przebiegu zapalenia pęcherza lub przewodów żółciowych.

Zabieg wykonuje autor w następujący sposób. Cięcie brzucha — pośrodkowe, od wyrostka mieczykowatego do pępka. Po otwarciu jamy brzucha rozszerzony i przepełniony pęcherz zostaje opróżniony przez nakłucie, poczem po poszerzeniu otworu nakłucia nożem elektrycznym, wprowadza się do światła pęcherza zgłębnik Pezzer'a. Dokoła otworu nakłada się szew kapciuchowy i zaciąga się go na zgłębniku, wgłębiając śluzówkę do środka. Zgłębnik umocowuje się do ściany pęcherza pojedyńczym szwem. Następnie, zewnętrzny koniec zgłębnika zostaje przeprowadzony poprzez dodatkowy otwór w powłokach brzusznych na prawo od linji cięcia; włókna mięśnia prostego zostają rozsunięte na przestrzeni ok. 3 cm. Surowicówkę pęcherza przyszywa się paroma pojedyńczemi szwami do otrzewnej ściennej; ranę w linji pośrodkowej zaszywa się doszczętnie. Sposób ten stwarza najlepsze warunki dla samoistnego zagojenia się przetoki żółciowej po usunięciu zgłębnika — po ustąpieniu wszystkich objawów zapalnych.

Leczenie oparzeń okładami z roztworu taniny. (Brûlée traitée par le tanniage). F. Masmonteil.

Bul. et. Mem. de la Soc. des Chir. de Paris t. 27. Nr. 3, luty 1935.

Autor leczy oparzenia w następujący sposób. Po przemyciu miejsca uszkodzonego mieszaniną alkoholową, usuwa w znieczuleniu ogólnem wszystkie tkanki obumarłe. Potem, nakłada dokładnie na całą uszkodzoną powierzchnię skóry gruby i mocno wilgotny opatrunek z 5 proc. roztworu taniny i słabego roztworu sublimatu. Opatrunek zwilża tym roztworem co 2 godziny, w ciągu 24 godzin, nie zdejmując go ani razu. Po tym czasie usuwa go i pozostawia kończynę bez opatrunku. Kwas taninowy ścina albuminy, znajdujące się w wysięku na powierzchni rany, i tworzy przez to rodzaj sztucznego naskórka, który pokrywa całkowicie ranę i sprzyja szybkiemu gojeniu się jej. Prócz tego, wytworzona warstwa zmniejsza znacznie wydzielanie się surowicy z rany, a zatem zapobiega powstaniu niebezpiecznego dla życia zagęszczenia krwi; osłania ona, również, rozległą ranę przed wtórnem zakażeniem drobnoustrojami. Bóle miejscowe przy tego rodzaju leczeniu ustępują już po 24 godzinach. Jeśli warstwa skórna nie jest całkowicie zniszczona, w wyniku tego postępowania otrzymuje się zagojenie bez blizny (restitutio ad integrum), w razie istnienia na pewnej przestrzeni ubytku całej warstwy skórnej — rana pokrywa się szybko zdrową ziarniną, na której przeszczepy naskórne łatwo się przyjmują. W razie zakażenia rany i ropienia, stosuje autor jedynie opatrunki z roztworu fizjologicznego soli, lub oliwy. Stosowanie taniny w tym okresie jest przeciwskazane.

Powyższe miejscowe leczenie oparzenia uzupełnia autor leczeniem ogólnego stanu chorego. Podaje w tym celu dożylnie, podskórnie i w lewatywach — sól kuchenną, doustnie — roztwór sody i prócz tego — w razie potrzeby — i środki nasercowe.

Wskazania do operacji w przypadkach opuszczenia nerki. (Les indications opératoires dans les ptoses rénales). R. Gouverneur.

Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chir. t. 61. Nr. 14, kwiecień 1935.

Przypadki opuszczenia nerki możemy podzielić na 3 grupy: 1) opuszczenie nerki wraz z ogólnem opuszczeniem trzew, 2) opuszczenie nerki samej, przebiegające bez bólów, 3) opuszczenie nerki samej, przebiegające z bólami. W grupie pierwszej dolegliwości zależą od tak licznych czynników, że usunięcie jedynie objawów opuszczenia nerki, stanu ogólnego nie poprawia. Grupa druga, z powodu braku dolegliwości, zabiegu również nie wymaga. Jedynie więc ostatnia grupa przypadków, wymaga leczenia operacyjnego. Opuszczona nerka pociąga za sobą moczowód, który tworzy jeden lub kilka zgięć, utrudniających odpływ moczu. Bóle, występujące tutaj, zależą od rozciągania przepełnionych moczem miedniczki nerkowej i moczowodu. Bóle nasilają się w pozycji stojącej, przy chodzeniu, a zwłaszcza przy schodzeniu. W pozycji stojącej można z łatwością wymacać nerkę, a nawet unieść ją w górę, co często zmniejsza dolegliwość chorego. Zastój moczu w górnych drogach moczowych ułatwia ich zakażenie, to też często stwierdza się przy opuszczeniu nerki, zapalenie miedniczek, a nawet i nerek. Z czasem, rozwija się wodonercze, co zmniejsza znacznie zdolności wydzielnicze nerki, jak również szanse poprawy po operacji podwieszenia nerki. Stan chorej nerki powinien być zbadany zapomocą zdjęcia rentgenowskiego nerki w pozycji stojącej po wprowadzeniu cewnikiem moczowodowym kontrastowego płynu do miedniczek. Drugie zdjęcie — po ręcznem przemieszczeniu nerki ku górze, pozwala ocenić wpływ tego przemieszczenia na wypełnianie się i opróżnianie miedniczki (jej kurczliwość).

Autorzy spostrzegane przez siebie przypadki leczyli operacyjnie, przyczem operacja polegała na podciąganiu nerki do góry zapomocą szwów, przeprowadzonych poprzez dolny biegun nerki, i

związaniu ich ponad jedenastem żebrem. Przed poddaniem chorego operacji, autorzy stwierdzili, czy ma miejsce zakażenie nerki i czy wydolność jej jest wystarczająca. W razie stwierdzenia zakażenia nerki, wykonanie operacji ulegało zwłoce do czasu usunięcia objawów tego zakażenia. Wyniki we wszystkich 23 przypadkach operowanych, otrzymali autorzy dobre, co uzależniają z jednej strony — od odpowiedniego doboru materjału klinicznego i przygotowania chorych do operacji, z drugiej zaś — od sposobu wykonania operacji.

Szczególny sposób reagowania niektórych chorych na naświetlania rentgenowskie. (Contribution à l'Étude du Mal des Rayons). Fleig.

L'Avenir Méd. t. 32, Nr. 3, marzec 1935.

U poszczególnych chorych naświetlanie rentgenowskie powyżej pewnej dawki (200 kilovolt i najmniej powierzch. 15 cm^3), powodują wystąpienie objawów ogólnych. Objawy te przypominają swym przebiegiem chorobę morską. Na początku zjawiają się nudności, potem wymioty, zaburzenia równowagi, czasem zimne poty i omdlenia; prócz tego występuje biegunka, oraz znaczne zmniejszenie wydzielania śliny. Wszystkie te objawy występują już po kilku pierwszych naświetlanich. Czasem towarzyszą im jeszcze sensacje węchowe. Objawy te przy dłuższem trwaniu mogą odwodnić znacznie organizm i nawet spowodować zaburzenia psychiczne chorego. Zaburzenia powyżej opisane występują częściej u kobiet i u osób cierpiących na wątrobę oraz schorzenia układu pokarmowego i moczowego, znacznie rzadziej np. — u gruźlików. Badanie krwi u osób, wykazujących zaburzenia po naświetlaniach rentgenowskich, wykazało wzmożenie ilości ciał ketonowych, oraz kwasu 3-oxy masłowego; znaczniejsze wzmożenie ciał ketonowych występuje zwłaszcza po naświetlaniu organów bogato ukrwionych.

Autor tłumaczy te objawy w następujący sposób. Po pierwszem naświetleniu organizm, wchłaniając białko rozpadłych tkanek, uczula się na nie i przy następnem naświetleniu dalszy rozpad tkanek wywołuje wstrząs anafilaktyczny. Twierdzenie swoje opiera autor na fakcie o wiele częściej występujących zaburzeń u chorych z dużemi przerwami w naświetlaniu, niż u chorych z krótkiemi przerwami. Wobec tego, uważa on, że przerwa pomiędzy pierwszem, a drugiem naświetlaniem powinna wynosić 50 — 60 godzin (nie przekraczać 5 dni!), a napięcie pierwszego naświetlania powinno być maksymalne. Środki lecznicze w tego rodzaju zaburzeniach odpowiadają środkom, stosowanym we wstrząsie anafilaktycznym: adrenalina, chlorek lub podsiarczyn magnezu, i t. p.

J. Czyżewska.

CHOROBY KOBIECE. POŁOŻNICTWO.

W sprawie przetok moczowych po cięciu cesarskiem w dolnym odcinku. (A propos des fistules urinaires après la cesarienne basse). Reeb.

Le Gynécol. r. 1935, marzec, str. 137.

Autor przytacza przypadek przetoki moczowej pęcherzowo - szyjkowej po cięciu cesarskiem w dolnym odcinku macicy, który autor operował, rekonstruując całość pęcherza. Jednocześnie z materjału kliniki Strassburskiej przytacza autor 3 inne przypadki przetok moczowych po cięciu cesarskiem wykonanem w dolnym odcinku.

Wspólną cechą tych przypadków było, że dotyczyły one dolnego kąta rany w macicy rozciętej podłużnie. Niewątpliwe uszkodzenie pęcherza zauważone w czasie operacji tylko raz jeden, w drugim przypadku uszkodzenie to było możliwe, choć niezauważone, a w dwu pozostałych prawdopodobnie ściana pęcherza bezpośrednio uszkodzona nie była. W tych natomiast przypadkach istniały specjalne niepomyślne warunki w okolicy dolnego kąta rany w macicy (patologiczna kruchość tkanki, torbiel pochwowa, wysoko — tuż pod pęcherzem leżąca). W tych ostatnich zatem dwu przypadkach mieli operatorzy do czynienia z wtórnie występującą martwicą tkanki macicy.

Wobec powyższego autor rzuca praktyczną radę, aby w przypadkach, gdzie trafia się na jakiekolwiek trudności przy oddzielaniu pęcherza od dolnego odcinka — lepiej przejść na cięcie poprzeczne, jako mniej kaleczące okolicę podpęcherzową.

Lecząc operacyjnie przetoki szyjkowo - pęcherzowe należy dążyć (operując od strony pochwy) do oddzielenia od siebie otworów w szyjce i pęcherzu, do zeszycia ich oddzielnego z przemieszczeniem rany po zeszyciu pęcherza ku górze, ponad ranę w szyjce. Aby tego dokonać, trzeba oddzielenie pęcherza doprowadzić aż do załamka otrzewnej — pęcherzowo - macicznego.

Położnictwo (r. 1934). [L'obstétrique (année 1934)]. Devraigne, Lacomme, Lepage.

Le Monde Médicale, 1.III. 1935.

Artykuł niniejszy jest przeglądem piśmiennictwa francuskiego z zakresu położnictwa w r. 1934.

Zapalenie żył w ciąży. Prawdziwe zapalenie żył w czasie ciąży jest bardzo rzadkie. *Laennec* podaje jego cechy kliniczne: nagły początek bez objawów zakaźnych, rozległe objawy zaczopowania żył, z dużemi obrzękami, niekiedy dwustronne umiejscowienie, wielka rzadkość embolji; schorzenie to jeśli występuje, to tylko w ostatnich miesiącach ciąży.

Gueniot wykonał cięcie cesarskie w przypadku zakrzepu żyły kończyny dolnej w okresie, kiedy jeszcze wskazane było unieruchomienie kończyny. Temniemniej nie może on z całą bezwzględnością doradzać tego sposobu, uważając, że być może cięcie cesarskie jest jednak bardziej ryzykownym sposobem postępowania, niż przeprowadzenie porodu per vias naturales.

Gruźlica a ciąża. *Fruehinisholz* podnosi, że w połogu po porodzie, czy poronieniu przyjść może do rozsiania gruźlicy, między innemi na opony mózgowe. Meningitis tuberculosa występuje nadto w ciągu pierwszych 15 dni połogu, — najczęściej w 3 do 6 tygodni. W obrazie klinicznym bardzo przypomina zakażenie połogowe, tembardziej, że w początku połogu występuje gorączka i bezpośrednio przechodzi ona w obraz meningitis tbc.

Ognisko pierwotne mieścić się może w płucach lub opłucnej, ale także możliwe jest umiejscowie-

nie w narządzie rodnym, co nie tak rzadko, jak powszechnie sądzono, współistnieje z ciążą. Gruźlica narządu rodnego rozwija się bez wyraźnych objawów tak zewnętrznych, jak miejscowych, często powoduje wczesne przerwanie ciąży, natomiast objawy ostre występują dopiero w 2 — 3 dni po porodzie, wśród wysokich podniesień ciepłoty. Często objawy te uważane są długo za zakażenie połogowe.

Z a p a l e n i e n e r e k, a c i ą ż a. *Voron* i *Piguaud* zajmowali się stanami zapalnemi nerek, występującemi dopiero w drugiej połowie ciąży z objawami: duża ilość białka, nadciśnienie bez obrzęków i bez zatrzymania azotu we krwi. W przypadkach tych udaje się często stwierdzić w wywiadach występowanie przejściowo białka w moczu, co pozwala przypuszczać, że istnieje w tych przypadkach przewlekły stan zapalny nerek zaostrzający się w ciąży, w jej drugiej połowie.

W 5 przypadkach na 6 stwierdzono w ciąży powikłania w postaci stanów podobnych do rzucawki porodowej, retinitis albuminurica, niedomogi krążenia. Pani *Grand* w swej pracy doktorskiej zaznacza, że bardzo trudno postawić nie tylko rozpoznanie zapalenia nerek w ciąży, ale jeszcze trudniej rokować w jej początku, co do dalszego przebiegu. Sprawa ta ma wielkie znaczenie ze względu na wynikające z tego wskazania do przerwania ciąży.

O ile rokowanie co do matki jest zupełnie nieustalone, o tyle co do płodu jest ono dość niepomyślne, gdyż śmiertelność jest znaczna, a ponadto wiele dzieci rodzi się przedwcześnie.

Z drugiej jednak strony i przerwanie ciąży prawda, że wykonane zwykle w przypadkach ciężkich, nie daje wyników zachęcających: na 10 sztucznych poronień z powodu nephritis, trzy chore zmarły po zabiegu, a 1 — w 4 lata później. Wypływa stąd wskazanie do profilaktycznego poronienia sztucznego, w stanie, kiedy przewlekłe zapalenie nerek wykazuje pogorszenie w czasie ciąży, jakkolwiek jeszcze nie doszło do ciężkiego stanu.

O s t r a n i e d o m o g a w ą t r o b y. *Rheuter* opisał dwa przypadki ostrej niedomogi wątroby w 6-tym i 7-ym mies. ciąży, obydwa zakończone zejściem śmiertelnem, a wywałane przez bardzo nieznaczne urazy.

Z ł o ś l i w a n i e d o k r w i s t o ś ć. *Baron* podaje ciekawą obserwację złośliwej niedokrwistości w ciąży z ciężkiemi wymiotami, białkomoczem, żółtaczką i ogólnemi obrzękami. W 6-ym miesiącu wywołano poród niewczesny, poczem znikły wymioty, żółtaczka i białkomocz. Ale złośliwa niedokrwistość nie minęła pomimo przelewania krwi i wstrzykiwań wyciągów wątroby. Dopiero metodą Whipple'a (50 — 200 gr. świeżej wątroby dziennie), udało się sprowadzić poprawę i wreszcie wyzdrowienie*).

C i ą ż a p o z a ł o ż e n i u r a d u d o j a m y m a c i c y. *Burger* donosi o 2-ch przypadkach ciąży po zastosowaniu radu do wnętrza macicy z powodu krwotoków. W 1. przypadku po tem leczeniu perjod ustał na rok; chora poroniła w drugim miesiącu. W 2. przypadku nie było przerwy w miesiączkach i ciąża doszła do szczęśliwego końca. Los dziecka dalszy nie jest autorowi znany.

M i e r z e n i e b ó l ó w p o r o d o w y c h. *Vignes, Landrieu* i *Lerouge* podali aparat do mierzenia stanu skurczów macicy. Dzięki temu aparatowi udało się autorom wykreślić krzywe bólów porodowych i wyciągnąć wnioski z zakresu fizjologji macicy ciężarnej.

C i ą ż a p o z a m a c i c z n a p o p i ę c i u m i e s i ą c a c h. *Devraigne* stanowczo radzi operować natychmiast po ustaleniu rozpoznania ciąży pozamacicznej i to również w II połowie ciąży, gdzie możnaby się już łudzić, że zwlekaniem można uzyskać żywe dziecko. Nadzieja taka jest zupełnie złudna, gdyż dzieci w donoszonej ciąży, albo umierają przed porodem, albo giną w ciągu pierwszych 24 godzin (58 proc. dzieci); pozostałe zaś przy życiu wykazują bądź zaburzenia rozwojowe, bądź idiotyzm. Z drugiej zaś strony wyczekiwanie z ciążą pozamaciczną naraża matkę na 32 proc. śmiertelność. W wyniku powyższego należy bez wahania przystępować natychmiast do operacji ciąży pozamacicznej z chwilą jej rozpoznania.

M i ę ś n i a k i i c i ą ż a. *Levant* twierdzi, że w 90 proc. przypadków, mięśniaki w ciąży nie odgrywają żadnej roli. Tam zaś, gdzie zmuszają one do interwencji, należy dążyć jedynie do usunięcia mięśniaków, a w przypadkach, gdzie stanowią one ewentualną przeszkodę porodową winno się operować dopiero z końcem ciąży, rozwiązując jednocześnie rodzącą przez cięcie cesarskie.

P o ł o ż e n i e c z o ł o w e. *Sjorall.* oraz *Digonnet* omawiając położenie czołowe radzą w przypadkach najczęstszych z wklinowaniem główki we wchodzie wykonać cięcie cesarskie, gdyż operacja kleszczowa zazwyczaj nie prowadzi do celu.

P r o w a d z e n i e p o r o d u. środkami farmakologicznemi polecają *Voron* i *Pigeaud*, radząc stosować w miarę potrzeby małe dawki 1 — 2 jedn. międzynarod. wyciągu tylnego płata przysadki, chininę (1 — 2 pig. po 0,5), lub też injekcję spasmalginy, jako lek rozkurczający. Wczesne przebicie pęcherza przyśpiesza poród.

W przypadkach ł o ż y s k a p r z o d u j ą c e g o radzą *Levy - Solal* i *Surcan* wyczekiwać w ciąży, obserwując pilnie stan anemji; jeśli wkroczenie jest konieczne, autorzy radzą operować (cięciem cesarskiem), To samo radzą przy ciąży donoszonej. Wiadomo jednak, że przebicie błon doprowadza często do ustania krwotoku, w wielu jednak przypadkach jeśli się tę drogę obrało — trzeba dodać zabieg położniczy.

Vignes poświęcił tej sprawie dużą monografję omawiającą stan wiedzy obecnej w tym zakresie.

C i ę c i e c e s a r s k i e *Ginglunger* i *Tassowatz* opierając się na 346 cięciach cesarskich wykonanych w klinice Strasburskiej polecają metodę ostatnio tam stosowaną, wczesnego przebicia błon, dzięki czemu już po 10 godzinach wyjaśnia się, czy poród odbędzie się samoistnie, czy nie. Wykonane wówczas cięcie cesarskie przebiega w lepszych warunkach, gdyż komunikacja jaj płodowego z pochwą jest od niedawna, a matka nie jest wyczerpana, jak to bywa przy długiem wyczekiwaniu według dawnej metody.

*) Exhepatium amp. L. Nasierowski — skoncentrowany wyciąg ze świeżej wątroby.

Bohler i *Reilas* radzą w czasie cięcia cesarskiego wstrzyknąć dożylnie hypophysis posterior, co znakomicie wpływa na skurczenie się macicy.

Vermelin przestrzega przed nieopatrznem stosowaniem cięcia cesarskiego, zwłaszcza u młodych kobiet, gdyż stwarza to niebezpieczeństwo pęknięcia blizny przy następnych porodach. Przy pierwszym porodzie należy być bardzo ścisłym w stawianiu wskazań, lepiej wyczekać, aż do ostateczności prawie, czyli do wskazań bezwzględnych, lepiej przy pierwszym porodzie stracić dziecko, licząc, że u młodej kobiety nie trudno będzie uzyskać żywe dziecko przy następnych cięciach.

Trilet omawia 21 przyp. powtórnych cięć cesarskich, przyczem stwierdzono stan blizny zupełnie dobry, poza jednym przypadkiem, gdzie blizna była bardzo ścieńczona.

Eparvier stwierdził przy drugim cięciu cesarskiem (w 4 lata po pierwszem) rozejście się blizny, z wylewem krwi pod pęcherz, i to bez objawów klinicznych.

Podobnie *M. Meyer* obserwował pękniecie blizny po cięciu cesarskiem w dolnym odcinku pod pęcherzem moczowym.

Pęknięcie krocza III stopnia. *J. Ravina* zwraca uwagę na pewne szczegóły w operacji zeszycia pęknięcia krocza III *) stopnia. Zwieracz odbytu pęka zazwyczaj niesymetrycznie to też szyjąc (katgutem). brać należy z jednej strony widoczny koniec zwieracza, z drugiej zaś tkankę okołoprostniczą, w której winien znajdować się drugi koniec pękniętego zwieracza. Śluzówkę rectum zeszywać zwykle wypada, gdyż ściągnięcie jej ku dołowi, aby wyeliminować miejsce pęknięte jest sposobem trudnym.

Do szycia kiszki prostej lepiej używać lnu, lub jedwabiu, względnie silkwormu, niż katgutu, wiążąc do światła kiszki prostej, do której zwykle wypadają owe szwy nie wchłaniając się.

Zakażenia śluzówki i skóry u noworodków. *Dauvay* stosował miejscowo według Besredki przesącz bakteryjny, przygotowany z użyciem gronkowców, paciorkowców i pałeczki ropy błękitnej w przypadkach zakażeń ust i skóry u noworodków. Wyniki były zachęcające w pemphigus epidemicus staphylococcica, w ropniach, czyrakach, jak również w przypadkach odparzeń i oparzeń.

U matek stosowano omawiany lek w przypadkach pęknięć brodawek również z dobrym wynikiem.

T. Zawodziński.

*) Allocain — L. Nasierowski. — Środek znieczulający.

KRONIKA

WYCIECZKA MORSKA LEKARSKA FRANCUSKO-BELGIJSKA.

XI Wycieczka organizowana dla lekarzy i ich rodzin odbędzie się od 4—27 sierpnia na luksusowym statku „Foucauld". Wycieczka skieruje się z Dunkerque ku północy i zwiedzi fiordy norweskie, Ocean Lodowaty, Spitzbergen i główne miasta Północy. Ceny od 2000 fr. fr. Lekarze i ich rodziny zamawiający bezpośrednio przez: „Section des Croisieries de *Bruxelles — Medical*, 29 Boulev. Adolphe Max, Bruxelles — otrzymują 5% zniżki.

MIĘDZYNARODOWA WYCIECZKA LEKARZY DO MIEJSC KĄPIELOWYCH I KLIMATYCZNYCH WE WRZEŚNIU 1935 R.

Ta we Wiedniu poczynająca się wycieczka (autokary) prowadzi najpierw przez przepiękny Semmering do Bad Einödi do malowniczego Friesach (ze średniowiecznymi zamkami i modnym zakładem kąpielowym). W Klagenfurcie i Velden nad Wörthersee zatrzymają się. Przejeżdżają wzdłuż Ossiachersee do Warmbad Villach (zakład leczniczy sercowo-nerwowy) a dalej przez w sierpniu mającą się otworzyć 42 km. drogę górską na Grossglockner (najpiękniejsza droga w Europie) do Kitzbühel, do Zell am See i do Bad Gastein (radioaktywne termy). Zostaną dalej zwiedzone Solbad Aussee, Goisern (kąpiel jodowo - siarczana), Bad Schallerbach (kąpiel termowa), Bad Hall (kąpiel jodowo-bromowa), i znane miejsce pielgrzymowe Maria Zell. Na drodze powrotnej do Wiednia zwiedzą wycieczkowicze Alland (słynny zakład chorób płucnych) i historycznie znany Mayerling.

Dzień wyjazdu z Wiednia jest tak uregulowany, że uczestnicy przyjeżdżający na mocy paszportów i ulgowych turystycznych cen podróży (pociąg z okazji targów we Wiedniu) z Polski zawczasu przybędą do Wiednia.

Bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: „Studien-und Gesellschaftsreisen" Wien (Wiedeń), I. Biberstrasse 11, I/6.

WYCIECZKA LEKARZY NA KONGRES MEDYCYNY PRACY W BRUKSELI.

Polski Komitet Medycyny Pracy organizuje wycieczkę lekarzy i ich rodzin do Brukseli na Międzynarodowy Kongres Medycyny Pracy. Wycieczka będzie trwała 10 dni od 20—31 lipca b. r. Koszta całkowite wycieczki, wraz z paszportem (zbiorowym), przejazdem II-gą kl. poc. poś. hotelem, utrzymaniem, zwiedzeniem Wystawy Światowej, i t. p. wyniosą 450 zł. od osoby, przy zebraniu grupy conajmniej 25 osób.

Zgłoszenia należy kierować do dn. 10 lipca b. r. do Polskiego Komitetu Pracy, Warszawa, ul. Chocimska 24. (Państwowa Szkoła Higjeny).

* * *

Stały Komitet Organizacyjny Lekarskich Kursów wakacyjnych w Ciechocinku — Cieplicy przystępuje do organizacji VIII Lekarskiego Kursu w d. 30, 31. VIII. i 1. IX. 1935 r. (piątek, sobota, niedziela).

Protektorat nad Kursem łaskawie objąć ra-

czył J. W. Pan v. Minister Opieki Społecznej Dr. med. Eugenjusz Piestrzyński.

Kursy poprzednie dzięki udziałowi wybitnych prelegentów oraz trafnemu wyborowi tematów, żywo interesujących lekarzy praktyków, zjednały sobie szczere uznanie uczestników, przybyłych w liczbie z górą 1800 z najdalszych krańców Rzeczypospolitej.

Komitet Organizacyjny, dążąc do utrzymania Kursu VIII na równie wysokim poziomie, zwrócił się z prośbą o wygłoszenie odczytów do pp.: Doc. *Brokmana H. (Warszawa), Prof. Kowalskiego B. (Poznań), Prof. Latkowskiego J. (Kraków), Prof. J. Mazurkiewicza (Warszawa), Prof. Pelczara K. (Wilno), Prof. Rosego M. (Wilno), Prof. Sabatowskiego A. (Lwów), Doc. Szulca G. naczel. Dyrektora Państw. Zakł. Higjeny (Warszawa), Doc. Wojciechowskiego A. (Warszawa).*

Uczestnicy kursów mieć będą zapewnione bezpłatne mieszkanie w zdrojowisku podczas trwania Kursu t. j. d. 30, 31. VIII i 1. IX oraz ulgi kolejowe t. zw. kuracyjne na drodze powrotnej.

Komitet Organizacyjny VIII Lekarskiego Kursu Wakacyjnego, uwzględniając obecne warunki pracy Kolegów, obniżył opłatę uczestnictwa do zł. 20, od osób towarzyszących do zł. 15.

Komitet Organizacyjny projektuje szereg rozrywek i wycieczek podczas trwania kursu.

Dokładny program będzie ogłoszony we właściwym czasie.

Stanisław Wiśniewski,
Dyrektor Państwowego Zakładu Zdrojowego i Komisarz Rządowy Komisji Zdrojowej w Ciechocinku — Cieplicy.

W imieniu Komitetu Organizacyjnego VIII Lekarskiego Kursu Wakacyjnego
Prof. Dr. Med. J. Szmurło,
Przewodniczący.
Doc. Dr. L. Lorentowicz,
Zastępca Przewodniczącego.
Dr. med. P. Rudzki,
Zastępca Przewodniczącego.
i
Generalny Sekretarz

NALEŻY CHRONIĆ ZDROWIE ROBOTNIKÓW PRACUJĄCYCH W ATMOSFERZE BENZYNY.

W Instytucie Chorób Zawodowych w Leningradzie przeprowadzono badania nad wpływem pracy w atmosferze par benzyny na zdrowie ludzkie. Badania przeprowadzono w fabryce płaszczów gumowych, w której używa się benzyny do rozpuszczania gumy.

Robotnicy wspomnianej fabryki skarżyli się na różnorodne dolegliwości wskutek przebywania w pomieszczeniach, nasyconych parami benzyny. Na początku dnia pracy występowało zwykle podniecenie, podobne do alkoholowego, potem senność i otępienie. Wielu z nich cierpiało na różnorodne zaburzenia nerwowe i objawy zatrucia.

Dokładne badania kliniczne robotników wykazują, że benzyna działa szkodliwie na krew i na system nerwowy. Po pewnym okresie pracy w parach benzyny powstaje anemja, z drugiej zaś strony zatrucie benzyną powoduje znaczne zwiększenie pobudliwości systemu nerwowego. Czynniki te, sumując się, doprowadzają do powstania różnorodnych stanów chorobowych. Przy dostatecznie wczesnem przerwaniu pracy objawy zatrucia ustępują.

Badania te dowodzą, że benzyna wywiera szkodliwy wpływ na zdrowie ludzkie i w zakładach przemysłowych, w których się jej używa, przedewszystkiem w fabrykach wyrobów gumowych, w pralniach chemicznych, przy malowaniu barwikami rozpuszczonemi w benzynie, w rafinerjach oleju skalnego, należy chronić robotników przed zatruciem benzyną. Ochrona polega na takiej organizacji produkcji, ażeby benzyna swobodnie nie parowała, co również bywa połączone ze stratami materjalnemi, lecz, żeby proces produkcyjny przebiegał w szczelnie zamkniętych przestrzeniach. Pomieszczenia do pracy, w których znajdują się ludzie, powinny być dobrze wentylowane, miejsca zaś, w których benzyna musi parować, powinny być zaopatrzone w urządzenia wyciągowe.

CO POWINIEN UCZYNIĆ PRZEMYSŁ TKACKI W POLSCE DLA OCHRONY ZDROWIA ROBOTNIKÓW?

Przemysł tkacki w Polsce zajmuje naczelne miejsce pod względem liczby zatrudnionych. Pracuje w nim około 120.000 osób, w czem połowę stanowią kobiety. Praca w przemyśle tkackim kryje w sobie dość znaczne ryzyko dla zdrowia.

Na pierwszy plan nasuwa się niebezpieczeństwo pyłu. Pył bywa różny: bawełniany w kształcie mikroskopowych korkociągów, wełniany, zaopatrzony jakby w haczyki, pył jutowy, jedwabny i in. Wskutek swych właściwości, pył, który się tworzy w tkalniach, dostając się do dróg oddechowych robotników przyczepia się do błon śluzowych, co bardzo utrudnia wydalenie go z płuc przez kaszel. Drażni on silnie drogi oddechowe, powodując przewlekłe nieżyty oskrzeli, usposabia do rozedmy płuc, do gruźlicy, niekiedy nawet wywołuje zmiany podobne do zapalenia płuc.

W przędzalniach „na mokro", wymagana jest, ze względu na produkcję, wilgoć i ciepło. Praca w pomieszczeniach tych naraża robotników na częste zaziębienia, zwłaszcza w porze zimowej wskutek gwałtownej zmiany temperatury po wyjściu z fabryki na dwór.

Z innych chorób zawodowych u robotników w przemyśle tkackim, występują często żylaki i stopy płaskie wskutek pracy w pozycji stojącej, u kobiet częste są bóle w krzyżach, osoby pracujące przy selfaktorach, wskutek bardzo wielkiego napięcia uwagi zapadają na neurastenję, u farbiarzy występują choroby skórne.

Tę dużą chorobowość robotników przemysłu tkackiego możnaby zmniejszyć, gdyby warunki zdrowotne pracy uległy poprawie i gdyby roztoczono stałą opiekę lekarską zarówno nad robotnikami, jak i nad warsztatem pracy. Możnaby wówczas zaoszczędzić wielu niepotrzebnych wydatków na leczenie — warsztatowi zaś pracy przysporzyć zdrowych i dobrze pracujących robotników. Przed zarządami fabryk tkackich w Polsce otwiera się piękne pole do pracy, ważnej zarówno społecznie jak i gospodarczo.

NA CO CHORUJĄ NASI PIEKARZE WSKUTEK BRAKU HIGJENY PRACY.

W „Lekarzu Polskim" ukazała się interesująca praca z Ośrodka Chorób Zawodowych w Warszawie o t. zw. zapaleniu pryszczowatem skóry u pracowników piekarskich. Choroba ta powstaje u piekarzy specjalnie wrażliwych na ciasto, względnie na dodatki do ciasta, jak drożdże, sodę, fosforan wapnia i inne. Wskutek długoletniego drażnienia skóry przez przywierające do rąk ciasto i pył mączny i wskutek pracy w wysokiej temperaturze, powodującej nadmierne pocenie się skóry — powstaje wspomniane zapalenia pryszczycowate skóry u piekarzy. Występuje ono zwykle po kilku latach pracy, a objawia się dokuczliwem swędzeniem skóry oraz wysypką na dłoniach, skłonną do powikłań ropnych. Kilka takich wypadków opisuje autor powyższej pracy u piekarzy warszawskich.

Chociaż zapalenie pryszczycowate skóry występuje nie u wszystkich piekarzy, a tylko u specjalnie uczulonych na czynniki szkodliwe, słusznie dodaje au.or, że u pracowników piekarskich, zatrudnionych w odpowiednich warunkach higjenicznych, nie stwierdza się żadnych chorób skóry, nawet mimo długoletniej pracy w piekarniach. W powstawaniu zapalenia pryszczycowatego skóry dużą rolę odgrywa czystość osobista pracowników i pomieszczeń do pracy oraz sposób urabiania ciasta. Choroba występuje przedewszystkiem w tych zakładach pracy, w których urabia się ciasto ręcznie.

Fakt choroby pracownicy piekarscy skrzętnie ukrywają, aby nie stracić pracy. Zgłaszają się do lekarza wówczas, kiedy nie mogą już pracować. Naraża to ich potem na długotrwałe leczenie, niezawsze skuteczne, jeśli warunki pracy nie ulegają poprawie. Z drugiej strony choroba skórna u piekarza jest też ze względu na konsumentów pieczywa zjawiskiem niepożądanem. W interesie więc wszystkich leży, aby warunki higjeny produkcji pieczywa i higjeny pracy w piekarniach uległy poprawie.

Autor pracy domaga się zorganizowania stałej opieki lekarskiej nad piekarniami i piekarzami. Zadaniem opieki tej byłby nadzór nad warunkami pracy i zapobieganie powstawaniu chorób zawodowych u piekarzy. Opieka taka istnieje już w kilku państwach, winna być przeto także wprowadzona w Polsce. Przyczynia się ona znacznie do zmniejszenia strat gospodarczych, spowodowanych ujemnym wpływem pracy zawodowej na zdrowie.

ŁATWIEJ ZAPOBIEC HAŁASOWI, NIŻ PONOSIĆ JEGO SKUTKI.

W Zakładzie Higjeny U. J. w Krakowie przeprowadzono ciekawe badania nad hałasem ulicznym, przemysłowo-fabrycznym i mieszkaniowym oraz nad wpływem hałasu na zdrowie i na pracę ludzką. Badania przeprowadzono w Krakowie przy pomocy specjalnego aparatu do mierzenia hałasu, który określa go objektywnie w jednostkach, zwanych „fonami".

Z badań hałasu ulicznego wynika, że zależy on w dużym stopniu od rodzaju bruku. Najcichszy jest asfalt, potem beton, pieńki, kostka. Z pojazdów najwięcej hałasu wytwarza wóz ciężarowy, potem tramwaj, samochód, oczywiście przy tej samej szybkości. Bardzo dokuczliwe są sygnały samochodowe, których głośność wynosi 70 — 95 fonów, potem dzwonki tramwajowe — 65 fonów. Swego rodzaju rekord osięga hałas motocykli — 100 fonów. Większości tych hałasów możnaby uniknąć, gdyby publiczność i kierownicy zachowywali odpowiednie przepisy porządkowe.

Dużo głośniejszy i bardziej szkodliwy jest hałas w zakładach przemysłowych. Według twierdzenia lekarzy chorób uszu 10 — 20% schorzeń ucha wewnętrznego należy przypisać szkodliwemu działaniu hałasu przy pracy. Choroby te występują zwłaszcza tam, gdzie stały hałas przy pracy przekracza 70 fonów. Największy hałas panuje przy kuciu kotłów — ponad 110 fonów, w fabrykach drutu i sztyftów 90 — 95 fonów, w szlifierniach metali 75 — 85 fonów, w fabrykach włókienniczych 60 — 70 fonów i t. d.

Efektem pracy w hałasie jest postępująca z wiekiem i liczbą lat pracy głuchota. Schorzenie zwykle w początkowych okresach bywa niedostrzeżone. Skoro osłabienie słuchu przybierze na sile, wtedy nic już nie zdoła usunąć istniejących zmian. Dlatego też autor powyższych badań wysuwa słuszny postulat, że należy wprowadzić okresowe badanie lekarskie ludzi pracujących, w celu zapobiegania głuchocie.

Hałas przy pracy niezawsze powoduje głuchotę, ale nawet w mniejszem nasileniu zawsze zmniejsza wydajność pracy jakościowo i ilościowo oraz przyczynia się do powstawania wypadków przy pracy. Dlatego też należy zwalczać hałas w warsztatach pracy i usunąć jego źródła, niezależnie od jego natężenia i pochodzenia, w myśl powiedzenia higjenisty niemieckiego Weyraucha, że „łatwiej jest zapobiec hałasowi, niż ponosić jego skutki".

*
* *

W tych dniach został ukończony 2 tygodniowy kurs dla lekarzy z zakresu rzeżączki, prowadzony przez Związek Przeciwgruźliczny i Sekcję Walki ze Zwyrodnieniem Rasy Polskiego Towarzystwa Eugenicznego w szpitalu Św. Łazarza.

Uczestniczyli jako wykładowcy: dyrektor Szpitala Dr. med. H. Szczodrowski, Prezes Związku Przeciwgruźlicznego dr. med. L. Wernic, doc. dr. med. S. Kapuściński, dr. med. R. Bernhardt, dr. med. B. Michałowski, dr. med. W. Borkowski, dr. med. L. Kwazebart, dr. med. W. Lilpop, prof. dr. med W. Melanowski, prof. dr. med. M. Semereau Siemianowski, dr. med. J. Zaleski, dr. med. E. Bruner. Udział we wspomnianym kursie brali lekarze z Torunia, Wilna, Skierniewic, Leszna, Poznania i Warszawy.

Sekretarz Kursów:
(Dr. med. Jan Nowakowski).

*
* *

Otrzymaliśmy od Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego następującą odezwę oraz ankietę.

Sekcja Społeczna Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego chcąc przyjść z pomocą

w uzupełnieniu wiedzy licznym kolegom, zwłaszcza pracującym lub mającym zamiar pracować na prowincji, zdecydowała zorganizować uzupełniający kurs z zakresu praktycznego położnictwa i ginekologji.

Główna uwaga będzie zwrócona na stronę praktyczną kursów.

Zaprojektowano:

1) urządzić 2½ mies. kurs — od 1.X. do 15. XII. r. b.

2) liczba słuchaczów — 36 osób,

3) wykładów — 28 godzin,

4) seminarjum z położnictwa i ginekologji 64 godz.,

5) ćwiczenia na fantomach grupami po 9 godzin każda grupa,

6) 25 doborowych dyżurów w Zakładach położniczych z wykonywaniem zabiegów pod kierownictwem pp. Ordynatorów i Asystentów,

7) 25 dni pracy na oddziale ginekologicznym ze zwróceniem specjalnej uwagi na rozpoznawanie i zachowawcze leczenie schorzeń kobiecych,

8) 25 dni pracy w ambulatorjach ginekologicznych.

Internat nieobowiązujący, dla życzących na przystępnych warunkach.

Projektowana opłata za kurs 150 złotych.

Szanowni koledzy są proszeni o nadsyłanie pod adresem d-ra Piotra Mężyńskiego, Warszawa, Marszałkowska 42 m. 3, swoich uwag w myśl następującej ankiety:

1) Czy okres 2½ mies. dogadza kolegom?

2) Jakie miesiące uważałby kolega za najodpowiedniejsze?

3) Czy samorząd poparłby na miejscu tę akcję, udzielając stypendjum?

4) Czy kolega reflektuje na zapisanie się na ten kurs i czy chce korzystać z internatu?

5) Inne uwagi.

Koledzy są proszeni o jaknajrychlejsze i liczniejsze odpowiedzi, gdyż to da możność organizatorom kursów uwzględnić życzenia przed uruchomieniem owych kursów i zorjentować się co do ilości ewentualnych kandydatów.

Sekcja Społeczna Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego ma zamiar wyjednać stypendja u czynników miarodajnych.

Wrazie zorganizowania kursów — będą podane ogłoszenia w pismach lekarskich i Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich.

Pożądanem byłoby, żeby kolega reflektujący na kurs przez okres letni przygotował się teoretycznie.

Colloqium nie będzie.

Świadectwa o przesłuchaniu kursów będą wydawane.

HIGJENA PRACY WAŻNEM OGNIWEM POSTĘPU KULTURY.

W jednem z kanadyjskich czasopism lekarskich ukazał się interesujący artykuł F. G. P e d l e y'a o znaczeniu higjeny pracy we współczesnem społeczeństwie. Autor porusza zagadnienia, które muszą zainteresować każdy kulturalny kraj, nietylko Kanadę.

Statystyka Kanady — pisze autor — wykazuje od wielu lat spadek śmiertelności ogółu ludności, co świadczy o poprawie stosunków zdrowotnych. Niestety, spadek śmiertelności dotyczy tylko osób poniżej 20 lat, a więc dzieci i młodzieży, natomiast śmiertelność ludności dorosłej nie wykazuje żadnego spadku. Jest to wynikiem przeciwdziałania postępowi kultury i higjeny pewnych czynników, działających na ludność dorosłą. Są niemi: praca zawodowa w złych warunkach zdrowotnych i brak higjeny pracy. One to przyczyniają się do zwiększenia chorobowości ludności dorosłej i nie dopuszczają do spadku śmiertelności.

Wobec takiego stanu rzeczy, jednem z najważniejszych zadań publicznej służby zdrowia, musi być akcja higjeny pracy. Nie może się ona ograniczać, jak dotychczas, do walki z kilku zatruciami zawodowemi, lecz musi rozszerzyć swój program na całkowitą opiekę nad zdrowiem ludności pracującej. Należy dążyć do racjonalnej organizacji pracy ludzkiej i walki ze wszystkiemi szkodliwościami pracy zawodowej człowieka.

Należy przedewszystkiem rozszerzyć opiekę lekarską zapobiegawczą na terenie warsztatów pracy. Charakter tej opieki i zadania jej są podobne do opieki lekarskiej w szkole. Każdy większy zakład pracy powinien posiadać lekarza fabrycznego, którego nadzorowi podlegałaby załoga fabryczna i sam warsztat pracy. Przez poprawę warunków pracy i należytą ochronę zdrowia ludności pracującej można doprowadzić do znacznego spadku ogólnej chorobowości i śmiertelności.

Organizacja opieki lekarskiej w fabryce — twierdzi F. G. P e d l e y — jest zadaniem przemysłu, jak organizacja higjeny szkolnej jest zadaniem państwa.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Warszawa, Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.